

NOV 19 1923

Medical Lib.

Sixième Série. — Tome IV.

N° 10. — Octobre 1923.

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SIXIÈME SÉRIE

Publiée par

G. AUDRY (Toulouse). — L. BROCC (Paris). — J. DARIER (Paris).

W. DUBREUILH (Bordeaux). — E. JEANSELME (Paris).

J. NICOLAS (Lyon). — PANTRIER (Strasbourg).

R. SABOURAUD (Paris). — G. THIBIERGE (Paris).

et P. RAVANT (Paris)

REDACTEUR EN CHEF



MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD-SAINT-GERMAIN, PARIS



TRAVAUX ORIGINAUX

RÉFECTION SIMULTANÉE DES DEUX LÈVRES PAR UN LAMBEAU CRANIEN A DEUX PÉDI- CULES

Par W. DUBREUILH

L'observation que je rapporte ici est relative à une opération assez nouvelle puisque le premier cas fut le malade présenté par M. Dufourmentel, à la Société de Dermatologie, le 12 juin 1919. Depuis lors, d'autres ont été publiés par MM. Dufourmentel, Sébilleau, Paul Moure. Mon cas présente cette particularité que j'ai refait les deux lèvres avec le même lambeau.

Le nommé Pierre Mezy, âgé de 17 ans, entre à l'hôpital du Tondu, le 5 décembre 1921, pour une brûlure de toute la moitié inférieure de la face ayant laissé une immense cicatrice mutilante et rétractile.

Au commencement d'octobre 1920, étant assis devant un feu ardent il est tombé en avant, la figure sur le brasier, il a pu se retirer lui-même et n'avait pas perdu connaissance. Il ne semble pas qu'il se soit agi d'une attaque d'épilepsie car il n'en a jamais eu d'autre. On lui a fait des pansements à l'ambrine et la cicatrisation a été complète en décembre 1920.

Il en est résulté une vaste cicatrice occupant toute la partie inférieure de la face : la plus grande partie des joues, surtout à gauche, la lèvre supérieure qui est détruite, la sous-cloison et le lobule du nez, la lèvre inférieure dont il ne reste rien, le menton dont la cicatrice s'étend jusqu'à la base des gencives, la partie antérieure du cou jusqu'au larynx. La rétraction cicatricielle des joues empêche l'écartement des mâchoires, et celle du menton a totalement aboli la lèvre inférieure, la salive coule continuellement et la cicatrice forme des brides tendues du larynx à l'arcade dentaire. Cependant l'orbiculaire n'est pas complètement détruit et l'on peut constater quelques mouvements à la lèvre supérieure et aux commissures. La muqueuse des joues est intacte, mais celle de la lèvre inférieure est complètement détruite.

Comme on ne peut pas faire le moindre emprunt aux parties voisines, je me décide à prendre sur le cuir chevelu le lambeau nécessaire à la réfection simultanée des deux lèvres, lequel doit être d'autant plus considérable que la cicatrice du menton étant très tendue, se

résorbera et se réduira à presque rien quand elle sera libérée et aura la possibilité de se rétracter.

La première opération est faite le 3 janvier 1922, comme toutes les suivantes, avec anesthésie locale à la cocaïne à 1/200 et adrénaline. En partant de la partie supérieure de l'oreille de chaque côté, je dissèque un pédicule de 3 cm. de large que j'enroule en cylindre par quelques points de suture et qui reste adhérent à ses deux extrémités. Les deux extrémités supérieures sont séparées par un intervalle de 12 cm. Trois ou quatre semaines après, quand les pédicules sont bien cicatri-



Fig. 1.

sés, je délimite par une incision le lambeau médian sans le décoller et il a 6 cm. de largeur sur 12 cm. de longueur transversale de l'un à l'autre pédicule; une incision transversale de 6 cm. de long, et située à 2 cm. du bord postérieur correspondra à l'ouverture buccale. Ces incisions qui restent béantes sont destinées à obliger le lambeau à se nourrir par les pédicules.

Le 14 février 1922, le lambeau est mis en place. Je commence par préparer l'emplacement des lambeaux par deux incisions arciformes

qui encadrent l'orifice buccal, la supérieure passant au ras de la sous-cloison du nez, l'inférieure à 3 cm. de la muqueuse, c'est-à-dire sur le menton, de façon à laisser le plus d'étoffe possible du côté de l'orifice ; la peau et la muqueuse sont disséquées le plus loin possible du côté de la bouche. Le lambeau crânien est alors disséqué et passant par-dessus le nez vient se placer au devant de la bouche ; la partie postérieure du lambeau vient former la lèvre supérieure, l'incision en boutonnière correspond à l'ouverture buccale, la partie antérieure du lambeau, large de 4 cm., couvre le menton et fait la lèvre inférieure.



Fig. 2.

Les bords de la boutonnière sont cousus à la muqueuse, les bords supérieur et inférieur à la peau disséquée. Le lambeau est étroitement appliqué par les pédicules qui sont un peu tendus, mais sa nutrition est bien assurée puisqu'il saigne.

Le lendemain, le malade a eu un violent accès de fièvre et de la rougeur et du gonflement de toute la face, presque tous les points ont suppuré et beaucoup ont coupé, néanmoins, 10 jours après, la cicatrisation était presque complète ; l'immense plaie du cuir chevelu bourgeonne et suppure.

Les 14 et 21 mars, les deux pédicules sont successivement coupés à leur extrémité inférieure, incisés longitudinalement, étalés à la faveur de multiples incisions et suturés à leur place naturelle après raclage des bourgeons charnus qui couvraient la plaie.

Les 25 avril et 16 mai, raccordement aux joues des extrémités sectionnées du lambeau buccal. Ces extrémités bien que coupées le plus ras possible forment en dehors de chaque commissure une tumeur globuleuse velue du volume d'une noix. Cette tumeur est détachée de la joue, elle est étalée au moyen de multiples incisions hachant sa face



Fig. 3.

profonde, elle est insérée dans une plaie artificielle en V taillée dans la joue et fixée par une suture perdue en lacet de soulier à sa face profonde et par des points ordinaires sur les bords. Comme après chaque opération il y a de la fièvre et de la suppuration, mais si quelques points marginaux ont lâché, la suture perdue a tout maintenu en place.

La bouche à ce moment et par l'effet des rétractions cicatricielles est un peu étroite, aussi, les 27 juin et 11 juillet, on fait une cantho-

plastie labiale en élargissant l'orifice de 1 cm. 1/2 à droite et de 1 cm. à gauche.

Par suite de la traction de la nappe cicatricielle du cou, la lèvre inférieure est un peu insuffisante, ne joint que difficilement la supérieure et laisse un peu couler la salive. Le 29 juillet, on relève un peu sa partie médiane par une incision en V transformé en Y, ce qui élève le milieu de la lèvre de 1 cm.

En octobre 1922 enfin, après mon retour de vacances, je fais une nouvelle canthoplastie à droite, pour rétablir la symétrie de la bouche.



Fig. 4.

Le cuir chevelu est cicatrisé, le sommet de la tête étant occupé par une cicatrice quadrilatère de 10 x 5 centim. qu'il pourra cacher avec les cheveux.

Maintenant, en novembre 1922, la bouche a sa forme et sa grandeur normales; le bord libre ou incarnat est un peu réduit, surtout à la lèvre inférieure, mais enfin il existe; les deux lèvres s'appliquent bien l'une contre l'autre et le malade peut tenir une cigarette à la bouche; la salive ne coule plus du tout et les aliments sont bien maintenus dans la bouche pendant la mastication. Les deux lèvres sont très

mobiles, même l'inférieure et il peut siffler et faire la moue. Les deux mâchoires s'écartent facilement. La sensibilité est parfaitement rétablie dans tout le lambeau. Tout le pourtour de la bouche est formé d'une peau un peu saillante et épaisse, couverte d'une abondante chevelure noire qui est taillée en moustaches à la lèvre supérieure et rasée sur le menton. Il aurait peut-être avantage à la laisser pousser un peu plus. Cette plaque velue et limitée, épaisse et saillante, tranchant sur la cicatrice qui l'entoure de partout, lui donne un aspect un peu bizarre, mais c'est tout de même mieux que le visage sans lèvres qu'il avait avant et de plus, la fonction des lèvres est complètement restaurée.

Cette méthode d'autoplastie n'est pas seulement importante pour les cas de réfection de la lèvre inférieure seule, comme dans la plupart des cas publiés ou des deux lèvres à la fois, comme dans celui que je rapporte ci-dessus, c'est toute une méthode nouvelle comportant de nombreuses applications et renfermant plusieurs procédés intéressants, l'enjambement du pédicule, l'éducation du lambeau par l'opération en deux temps, le remboursement des parties non utilisées.

L'enjambement permet de prendre un lambeau à distance quand les parties voisines de la lésion ne sont pas utilisables pour faire un lambeau pédiculé par le procédé classique, et cette méthode inventée pour la face peut trouver son application un peu partout. Elle peut ainsi souvent remplacer la transplantation totale d'un lambeau sans pédicule qui est toujours aléatoire ou la greffe italienne qui est si pénible par la longue immobilisation qu'elle exige en position généralement fort incommode.

La grande question dans toutes les autoplasties à lambeau pédiculé est la nutrition du lambeau. A la face, avec un pédicule large et court, pas trop tordu, l'irrigation sanguine est toujours parfaitement assurée. Dans les premières opérations de Dufourmentel, faites en un seul temps, le résultat était parfait parce qu'il y avait deux pédicules contenant chacun une branche de l'artère temporale, mais on peut avoir affaire à des régions moins vasculaires que la face et le cuir chevelu ; il peut être préférable ou nécessaire de se contenter d'un seul pédicule. Dans ces cas, on assure une irrigation suffisante en faisant l'éducation du lambeau. On taille et on détache le pédicule, sans détacher la raquette terminale, il reste donc sur son lit, mais on l'empêche de s'y recoller en interposant des compresses ou mieux en l'enroulant en cylindre par quelques points de suture. Je sais bien

qu'abandonné à lui-même il s'enroulera tout seul, mais il est préférable de l'aider. Le pédicule qui ne reçoit plus rien sur son trajet prend l'habitude de se nourrir par ses deux bouts.

Dans un second temps, on incise le contour de la raquette terminale sans la détacher, elle ne reçoit donc plus de sang par ses bords et en reçoit d'autant plus par le pédicule dont les artères se développent en conséquence. Ce second temps pourrait au besoin se confondre avec le premier.

Le troisième temps est le détachement de la raquette et sa mise en place.

Le quatrième consiste à couper le ou les pédicules à leur extrémité distale et à les remettre en place après les avoir déroulés et étalés. Cela compense l'inconvénient des si longs pédicules en diminuant le délabrement et en réduisant la cicatrice à la plaie d'emprunt de la raquette, à la seule partie utilisée. Le pédicule qui n'a servi que de nourricier est remplacé après qu'il a rempli son office.

LES INOCULATIONS EXPÉRIMENTALES DE LA SYPHILIS A L'HOMME

Par les Drs Georges THIBIERGE et Jean LACASSAGNE.

(suite et fin)

Nous en arrivons aux expériences faites par Rosner, sous la direction de F. von Hebra, dans un but thérapeutique (1). On s'étonne de voir un homme ayant la situation du chef de l'Ecole dermatologique de Vienne, espérer guérir le lupus et le prurigo par l'inoculation de la syphilis et exposer les sujets de ses expériences à toutes les conséquences de la syphilis dans un but aussi hypothétique et en vertu d'une hypothèse aussi peu soutenable.

Un court aperçu de ces expériences a été publié par Hermann Zeissl (2). Auspitz, le premier, les a rapportées *in extenso* (3). Elles n'ont jamais été traduites en français (4).

EXPÉRIENCE I DE HEBRA ET ROSNER (5). — Un homme de 49 ans atteint de prurigo, a été inoculé le 12 décembre 1861 en deux points du bras droit avec les sécrétions d'une papule humide développée sur le mamelon d'une nourrice.

Les lésions d'inoculation avaient disparu le 17 décembre. Le 28 décembre apparurent au siège des inoculations deux petits boutons rouges de la grosseur d'un pois de consistance dure, qui s'agrandirent les jours suivants, et le 8 janvier 1862 se couvrirent de croûtes brunes et minces, sous lesquelles se trouvaient deux ulcérations. Le 8 janvier, le même malade fut inoculé en deux points du bras gauche avec les sécrétions de papules humides du scrotum d'un nommé Rother avec un résultat négatif.

(1) M. VON ZEISSEL. *Lehrbuch der Syphilis und der örtlichen venerischen Krankheiten*, 5^e édition, Vienne, 1888, p. 299.

(2) H. ZEISSEL. *Lehrbuch der constitutionellen Syphilis*, Erlangen, 1864, p. 25.

(3) AUSPITZ. *Die Lehren von syphilitischen Contagium*, Vienne, 1866, p. 225.

(4) Nous devons la traduction des expériences de Hebra et Rosner au docteur Bacharach (de Lyon) que nous remercions vivement.

(5) AUSPITZ. *Loc. cit.*, p. 225.

A partir du 22 février, le malade se plaignit de céphalées nocturnes, douleurs vives des épaules et de la partie gauche du thorax.

Le 26 février, taches rouges disséminées notamment à la partie interne des bras. Les douleurs des épaules avaient augmenté.

Le 21 mars, roséole au niveau de la poitrine.

EXPÉRIENCE II DE HEBRA ET ROSNER (1). — Un homme de 21 ans atteint de lupus à la main droite est inoculé le 5 mai 1862 en deux points du bras droit avec du pus provenant de nodules syphilitiques sur lesquels on avait inoculé du pus de chancre simple.

Le 7 mai apparaissent de petites pustules qui le 11 mai étaient 2 ulcérations couvertes de croûte. Le 12 juin, l'ulcération supérieure était complètement cicatrisée; l'inférieure augmentait de dimensions et présentait un fond et des bords durs. Le 18 juillet, induration et coloration jaune sale autour de l'ulcération. Les ganglions du bord externe du grand pectoral étaient tuméfiés, durs, non douloureux.

Le 15 juillet, on remarque sur le tronc les efflorescences papuleuses disséminées, d'un rouge pâle. Le 30 juillet, tout le corps à l'exception du visage est couvert d'une éruption pustuleuse.

EXPÉRIENCE III DE HEBRA ET ROSNER (2). — Un homme de 35 ans atteint de prurigo est inoculé, le 31 décembre 1861, à trois endroits de la cuisse droite avec la sécrétion d'un chancre induré datant de 3 semaines. Le 21 janvier 1862, on constate au niveau de 2 des inoculations de petites élevures rouges dures aplaties qui atteignent le 23 la dimension d'un pois, puis elles diminuent et ne laissent le 26 janvier que de petites taches rouges squameuses. Le 28, on constate de petits nodules qui disparaissent le 9 février, ils réapparaissent à nouveau sous les squames et le 18 ont la dimension d'un pois; peu à peu ces suppurations s'agrandirent, elles n'avaient pas de base indurée; le 14 mars, on constate des taches rouges et des papules disséminées sur la peau de la poitrine et du dos. Les ulcérations de la cuisse n'ont pas changé, elles apparaissent comme des pertes de substance entourées d'une bordure rougeâtre et dont le fond est couvert d'un enduit brunâtre, le 13 mai, mort subite par œdème de la glotte.

C'est à l'hôpital du Midi, dans le service de Puche, que fut pratiquée la dernière inoculation syphilitique faite en France. Cette observation fut communiquée par Cullerier à Rollet, qui l'a publiée dans son *Traité* (3).

EXPÉRIENCE DE CULLERIER-PUCHE. — Un homme de 27 ans, atteint de carie de la clavicule gauche de cause inconnue, est inoculé le 29 jan-

(1) AUSPITZ. *Loc. cit.*, p. 227.

(2) AUSPITZ. *Loc. cit.*, p. 229.

(3) J. ROLLET. *Traité des Maladies vénériennes*, Paris, 1865, p. 495.

vier 1862, sur la ligne blanche, près de l'ombilic, avec du pus d'un chancre induré datant de six semaines, qui a été suivi des symptômes d'une syphilis normale.

Le 19 février, comme il n'y a rien d'apparent au point inoculé, on considère l'inoculation comme un insuccès et, avec le pus d'un chancre induré datant de 20 jours, on fait une piqûre un peu au-dessous du lieu de la première inoculation.

Le 8 mars, c'est-à-dire 39 jours après la première inoculation et 17 jours après la seconde, on aperçoit sur les deux points inoculés deux papules, dont la première ne s'excorie qu'au bout de quelques jours, dont la seconde offre au sommet un point purulent.

Toutes les deux, siégeant sur une base parfaitement indurée, ont pris l'aspect et ont suivi la marche de deux chancres.

Le 10 avril, il y a une roséole générale.

Le malade, revu en mars 1863 par M. Puche, ne présente aucun symptôme syphilitique.

Auzias Turenne, de curieuse mémoire, père de la *syphilisation*, a eu l'occasion de faire ainsi que ses adeptes de nombreuses inoculations. La syphilisation n'a plus actuellement qu'un intérêt historique mais nous devons mentionner ici les cas où la contagion syphilitique a été le résultat de cette pratique.

Rappelons d'abord que le promoteur de la syphilisation se proposait pour objectif d'arriver à enrayer les accidents constitutionnels de la syphilis ou même de les prévenir et croyait obtenir ce résultat en inoculant et réinoculant le chancre jusqu'à ce que l'inoculation ne donne plus qu'un résultat négatif. Ce chancre étant bien entendu le chancre simple, seul réinoculable. Chez des sujets parfaitement sains ou même syphilitiques, il n'y avait à redouter que des complications chancrelleuses, mais qu'on vienne à puiser le matériel d'inoculation sur un chancre infectant ou mixte, la syphilis se développera aussi, bien entendu. Cet écueil, les syphilisateurs ne pouvaient le voir, ni même y penser, car ils étaient unicistes ; pour eux, la chancrelle était syphilitique.

En fait, des inoculations de chancre syphilitique furent réalisées par les syphilisateurs.

OBSERVATION I D'AUZIAS TURENNE (1). — Il s'agit d'un malade du service de Bazin à l'hôpital Saint-Louis en 1859. Il était affecté de bubon phagédénique. « Auzias lui inocula à plusieurs reprises à la

(1) ROLLET. Article *Syphilisation* du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* de DECHAMBRE, p. 684.

poitrine et à l'abdomen du pus de chancre mou, sans produire sur lui aucune influence heureuse. Il lui inocula, en dernier lieu, au bras le pus de plaques muqueuses et cette inoculation donna naissance à un chancre induré. Ce malade quitta Saint-Louis dans un état très fâcheux. Il avait la syphilis quand il entra au Midi dans le service de M. Ricord qui eut besoin d'user de toute son autorité sur lui pour l'empêcher d'intenter une action judiciaire à l'inoculateur. »

Auzias Turenne rapporte l'observation d'une femme atteinte de cancer ? du sein à laquelle il fit des inoculations de chancre. Quelque bonne foi qu'on se plaise à reconnaître à cet utopiste, les termes mêmes dans lesquels il rapporte ce cas montrent qu'il abusa de la confiance de sa malade.

OBSERVATION II D'AUZIAS TURENNE (1). — La confiance de cette fille m'était acquise, écrit-il ; elle se soumit à mon traitement. Il consista dans plusieurs inoculations de pus d'ulcères syphilitiques primitifs. Je les lui fis derrière le col ; j'étais censé lui poser de petits vésicatoires. Deux ou trois chancres ainsi produits se sont indurés ; l'induration était particulièrement prononcée à l'un d'eux ; une roséole se manifesta bientôt ; d'autres symptômes de syphilis constitutionnelle la suivirent et se succédèrent pendant une année. Cependant le cancer se flétrissait ; le volume de la tumeur était diminué et la douleur ne s'y montrait plus. J'ai jugé à propos de soumettre cette fille à un traitement mercuriel ; elle est bien portante aujourd'hui.

Danielssen (de Christiania), partisan lui aussi de la syphilisation, entreprit de l'appliquer au traitement de la lèpre, W. Boeck (de Christiania) rapporte que de tous les malades traités par Danielssen un seul « inoculé avec la matière contagieuse d'un chancre sans doute mixte (2), après une série d'inoculations avec la matière de chancres mous, avait eu, depuis le 25 avril 1857 jusqu'au milieu de septembre de la même année, 287 chancres et était devenu *immune*. Il fut inoculé, le 28 septembre, par M. Danielssen d'un chancre induré avec résultat positif ; une pustule caractéristique se déclara au bout de trois jours et avec la matière de celle-ci, les inoculations se continuèrent. Le 5 janvier 1858, il fut pris d'une forte démangeaison du scrotum où il se montra un exanthème. Au commencement de février, il se

(1) AUZIAS TURENNE. *La syphilisation*, Paris, 1878, p. 123.

(2) W. BOECK. *Recherches sur la syphilis appuyées de tableaux de statistique tirés des Archives des hôpitaux de Christiania*, Christiania, 1862, p. 68 b.

développa des phénomènes distincts de syphilis constitutionnelle ».

En voulant vérifier l'action curative de la syphilisation dans le lupus, Hebra (1) inocula la syphilis à un de ses malades. C'était un jeune lupique de 18 ans, la matière inoculée était prise sur un chancre mou. On fit 369 inoculations, ce qui nécessita 545 jours.

Le sujet ne présenta pas d'immunité mais une éruption papuleuse généralisée survint; elle ne céda qu'à de nombreuses frictions mercurielles (Les dates ne sont pas précisées).

INOCULATIONS RAPPORTÉES SANS DÉTAILS SUFFISANTS ET SANS GARANTIES SCIENTIFIQUES

Indépendamment des cas d'inoculations positives de syphilis pour lesquels les observations rapportées plus haut présentent toute la précision scientifique désirable, il en est quelques autres dans lesquels les détails manquent et qui par conséquent sont à peu près dépourvus d'intérêt scientifique. Nous les rapportons néanmoins pour être aussi complets que possible.

Plusieurs d'entre elles ont été pratiquées sur eux-mêmes par des médecins ou des étudiants en médecine.

Dans son si intéressant *Traité de la gonorrhée virulente* (2) B. Bell relate les expériences de deux étudiants en médecine qui pour se fixer sur la question de la différence entre la syphilis et la gonorrhée, s'inoculèrent dans l'urèthre, l'un du pus de blennorrhagie, l'autre la matière d'un chancre dont il avait chargé l'extrémité d'un stylet. Chez ce dernier il ne parut aucun symptôme de gonorrhée; « mais au bout de cinq à six jours il aperçut dans l'endroit où il avait appliqué la matière, un chancre qui était enflammé et douloureux. Il succéda à ce chancre un bubon qui se termina par la suppuration : on aperçut enfin des ulcères dans la gorge et on ne put obtenir la guérison qu'en donnant une très grande quantité de mercure ».

(1) HEBRA. Bericht über die von November 1858 bis Januar 1860, an der Abtheilung für Hautkrankheiten durch Syphilisation behandelten Kranken, *Zeitschrift der Gesellschaft der Aerzte zu Wien*, 1860, n° 9.

(2) BENJAMIN BELL. *Traité de la gonorrhée virulente*. Traduction Bosquillon, Paris, an X; 1802, t. I, p. 495.

C'est très vraisemblablement un chancre mixte qui s'est développé dans le canal du jeune étudiant.

Trop succincte est aussi l'observation rapportée par Maratray (1) dans laquelle encore il s'agit d'un chancre mixte.

« Une inoculation avait été pratiquée sur chacun des avant-bras d'un interne de l'hôpital du Midi. Un des chancres produits s'indura et détermina l'engorgement des ganglions axillaires; puis, dans les quatre mois qui suivirent, survinrent des accidents secondaires parfaitement caractérisés, tels que céphalée nocturne, alopecie, éruptions croûteuses du cuir chevelu, plaques muqueuses du voile du palais; cependant le pus d'inoculation avait été emprunté à un malade présentant des accidents caractéristiques et incontestables de vérole constitutionnelle. Les ulcères qui avaient fourni la matière virulente étaient croûteux, étendus, à marche croissante, en un mot présentaient l'aspect de chancres phagédéniques et point du tout celui de chancres indurés ».

A. Zeissl (2) a rapporté l'observation d'un jeune médecin qui, soignant un soldat atteint d'une ulcération très suspecte de la lèvre inférieure et ignorant que la syphilis constitutionnelle pouvait se transmettre, eut la malencontreuse idée de s'inoculer à l'avant-bras avec le produit de sécrétion de l'ulcération labiale. L'inoculation n'ayant donné aucun résultat, il crut au bout de quelques jours que cette ulcération n'était pas virulente; mais 3 semaines après l'inoculation apparut au point inoculé une nodosité indurée, du volume d'une lentille, d'un rouge-brun, accompagnée d'une adénopathie cubitale et ultérieurement une syphilitide papuleuse généralisée.

L'absence de détails précis tout au moins dans le livre de H. Zeissl que nous avons consulté, ne permet pas de déterminer si la lésion inoculée était un chancre syphilitique ou une plaque muqueuse.

L'auto-observation de Galligo est malheureusement aussi très incomplète :

(1) MARATRAY. *Thèse Paris*, 1854, p. 51.

(2) H. ZEISSEL. Zur Genesis der Hunter'schen Gewebsinduration. *Wochenblatt der Gesellschaft der Aerzte in Wien*, 1861, pp. 48 et 49 (nous n'avons pu nous procurer cette publication). Du MÊME *Lehrbuch der constitutionellen Syphilis*. Erlangen, 1864, p. 26.

EXPÉRIENCE DE GALLIGO (1). — Au moment où M. Gibert faisait connaître ses inoculations à l'Académie de Médecine de Paris, Galligo s'inocula à lui-même le pus de plaques muqueuses des lèvres par trois piqûres, une sur la partie moyenne de l'avant-bras et deux au-dessus du poignet droit. Seize jours s'écoulèrent sans que rien ne parut mais au 17^e jour deux pustules se montrèrent sur le poignet; elles ne tardèrent pas à prendre le caractère de deux chancres indurés.

En 1896, un étudiant en médecine, s'introduisait subrepticement dans quelques services des hôpitaux de Paris et y pratiquait des inoculations de produits syphilitiques. Il publia même un article relatant une partie de ses recherches (2) qui parurent si extraordinaires que la rédaction du journal où elles parurent crut devoir répudier par une note toute responsabilité dans les affirmations et les déductions de l'auteur. Dans le numéro suivant du même journal, Darier, dans le service duquel il disait avoir fait ses expériences, lui opposa un démenti formel.

L'observation de Marcel Pinard et Deguignand (3) n'a qu'une valeur documentaire, le sujet s'étant inoculé lui-même et n'ayant pas été soumis à une observation médicale :

Un homme de 27 ans, pour confondre un médecin qui le prétendait atteint de syphilis, s'inocule une première fois au gland le 24 novembre 1917 avec une plume ayant raclé un chancre syphilitique de quinze jours et comme il ne se développe pas de chancre, recommence le 29 décembre suivant à l'avant-bras avec le produit de raclage de plaques muqueuses d'un ami qui ne se traitait pas; le 15 janvier 1918, apparaît une induration qui s'est ensuite ulcérée et, le 19 janvier, à l'hôpital Saint-Louis, on constate la présence de tréponèmes à l'ultramicroscope, au niveau de cette ulcération; le malade se fait faire par un ami, non médecin, 15 injections de novarsénobenzol à la dose totale de 8 gr. 50. Pour voir s'il est réellement guéri, il se fait à avec du suc de chancre syphilitique une troisième inoculation à l'avant-bras.

Le 2 août 1919, il se réinocule pour la quatrième fois avec le produit

(1) GALLIGO. Sur quelques questions de Syphilographie. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1860, p. 520; GALLIGO. *Trattato pratico sulle malattie veneree*, 1864, p. 90.

(2) MARÉCHAL. Recherches sur l'auto-immunisation contre la syphilis à l'aide du sérum humain antisyphilitique. *La Médecine moderne*, 28 novembre 1896, p. 729.

(3) MARCEL PINARD et DEGUIGNAND. Syphilis expérimentale chez l'homme. Arséno-résistance. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 4 novembre 1921, p. 1415.

de raclage d'un chancre, à la nuque et à l'avant-bras; quinze jours après, chancre mou à la verge, renfermant des tréponèmes, rien à l'avant-bras.

INOCULATIONS FAITES POUR ÉTABLIR LA VALEUR PRÉVENTIVE DE CERTAINS MÉDICAMENTS

En 1906, un étudiant en médecine, en fin d'études, Maisonneuve (1), désireux d'établir la valeur préventive de la pommade au calomel s'offrit pour être inoculé. L'inoculation fut faite par Metchnikoff, en présence de MM. Roux, Queyrat, Sabouraud et Salmon, par scarifications à gauche du sillon balano-préputial avec du virus fourni par un homme porteur d'un chancre datant d'un mois; d'autres scarifications furent faites du côté droit avec du virus pris sur un chancre datant de 9 à 10 jours. Une heure après, frictions pendant cinq minutes avec une pommade au calomel au tiers. Maisonneuve ne contracta pas la syphilis tandis que trois macaques inoculés en même temps par les mêmes virus présentèrent des chancres syphilitiques.

Le docteur Magian (de Manchester), pour établir la valeur des injections arsenicales dans la prévention de la syphilis, s'inocula à l'avant-bras un peu de sérosité provenant d'un chancre syphilitique et contenant, au microscope, un grand nombre de spirochètes; moins d'une heure après, il se fit faire une injection intraveineuse de 0 gr. 60 d'arsénobenzol, et ne fit aucun autre traitement. Aucune lésion n'apparut au point d'inoculation et la réaction de Bordet-Wassermann, recherchée tous les mois pendant 11 mois consécutifs, est restée constamment négative (2).

Un jeune homme de 25 ans, témoin des recherches expérimentales et cliniques de Levaditi et Navarro Martin (3) sur le dérivé acétylé de l'oxyde oxyaminophénylarsinique, s'offrit à être scarifié aux deux bras et inoculé avec du virus syphilitique

(1) MAISONNEUVE. Expérimentation sur la prophylaxie de la syphilis. *Thèse de Paris*, 1906.

(2) DARIER. Rapport sur une communication du docteur Magian, relative à la prophylaxie de l'infection syphilitique au moyen d'une injection d'arsénobenzol. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 mai 1919, p. 657.

(3) LEVADITI et NAVARRO MARTIN. Action préventive et curative dans la syphilis du dérivé acétylé de l'oxyde oxyaminophénylarsinique (sel de soude). *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, séance du 27 mars 1922, p. 893.

dermotrope et reçut par la bouche, 2 h. 1/2 et 16 heures après l'inoculation, 2 grammes de ce produit. Au bout de 47 jours d'observation, le sujet n'avait aucune lésion au point d'inoculation et la réaction de Bordet-Wassermann était négative. Un macaque inoculé à l'arcade sourcilière avec le produit du même chancre a présenté des lésions typiques apparues le dixième jour.

LES INOCULATIONS NÉGATIVES

Nous venons de tracer l'histoire des inoculations qui ont été suivies de manifestations syphilitiques. Elles ont servi à orienter certains esprits hésitants ; elles ont contribué à raffermir dans leur conviction les partisans, pour des raisons d'ordre clinique, de la contagiosité de la syphilis secondaire. Elles n'ont, bien entendu, pas converti ceux qui systématiquement ne voulaient pas admettre ces idées ; d'ailleurs ceux-ci prétendaient aussi se baser sur l'expérimentation et invoquaient les résultats négatifs des inoculations.

Parmi les expériences qui ne furent suivies d'aucun résultat, certaines présentent un intérêt du fait même de leur résultat négatif ; elles peuvent être en effet, invoquées en faveur de la non-contagiosité des produits inoculés (salive et sperme) ou ont apporté une contribution à l'étude de certains problèmes de syphiligraphie (syphilis conceptionnelle, nature de la paralysie générale). D'autres expériences sont rapportées en termes si brefs, si imprécis qu'elles ne peuvent raisonnablement venir à l'appui d'une théorie quelconque.

A. — *Inoculations tendant à prouver la non-contagiosité de produits normaux ou pathologiques recueillis chez les syphilitiques.* — En 1865 Diday (1) inocule à deux jeunes gens sains les larmes recueillies sur la conjonctive d'un homme en pleine éclosion secondaire et jusque-là non traité par le mercure : résultat nul.

Padova (2), en 1865 et en 1866, inocule deux fois à un médecin, quatre fois à des nourrices saines du lait pris sur des nourrices

(1) P. DIDAY. De quelques sources insidieuses de la syphilis. Mémoire lu au Congrès Médical de Lyon. *Gazette médicale de Lyon*, 1865, p. 47.

(2) C. PADOVA. Del latte muliebri quale mezzo di trasmissione della sifilide. *Giornale delle malattie veneree*, 1867, t. IV, p. 153 et 314.

atteintes de syphilis (plaques muqueuses, éruption papuleuse généralisée). L'inoculation, faite tantôt par piqûres, tantôt en déposant le lait à la surface d'un vésicatoire, tantôt en l'injectant sous la peau avec la seringue Pravaz, a constamment donné un résultat négatif.

Profeta (1) s'est inoculé sans résultat à deux reprises la *salive* de syphilitiques atteints de manifestations secondaires mais dont les lèvres, la bouche, la gorge étaient indemnes de tout accident. Il pratiqua également (2) sans résultat, chez un de ses amis, l'inoculation de lait d'une femme syphilitique.

Mireur (3) inocula à quatre personnes saines du *sperme* d'un individu en pleine évolution de syphilis secondaire. Les inoculations furent faites soit par des piqûres, soit après avoir enlevé l'épiderme et laissé à demeure de 24 à 36 heures un plumaseau de charpie imbibé de sperme. Pas de résultat.

Nous ne ferons que rappeler les expériences de Neisser (4) qui chercha à obtenir l'immunisation contre la syphilis en injectant dans les veines ou dans le tissu cellulaire d'individus sains du sérum emprunté à un syphilitique. Ces recherches, qui n'ont abouti à aucun résultat pratique, provoquèrent une vive émotion en Allemagne et l'écho s'en fit entendre jusqu'au Reichstag.

En 1860, à l'Antiquaille, Basset (5) à plusieurs fois inoculé à des sujets sains du *pus blennorrhagique* pris chez des syphilitiques; il a toujours obtenu un résultat négatif. A la même époque, Rollet (6) « a vu prendre la matière contagieuse de *chancres simples* développés sur des sujets syphilitiques; cette matière pure de tout mélange a été inoculée à des individus vierges de syphilis et ne leur a communiqué que le chancre simple ».

Bidenkap de Christiania (7) élève de W. Bœk et partisan de la syphilisation a obtenu semblable résultat.

(1) PROFETA. *Sui prodotti di secrezione normale e patologica negli individui sifilitici*. Palerme, 1869.

(2) PROFETA. *Sulla siflide da allattamento*. Florence, 1866.

(3) H. MIREUR. Recherches sur la non-inoculabilité du sperme. *Annales de dermat. et de syph.*, 1876-1877, p. 427.

(4) Voir : Les limites de l'expérimentation *Semaine Médicale*, 1899, p. 83 et VON DÜRING-PASCHA. Der Fall Neisser. *Münchener medizinische Wochenschrift*, 1899, n° 25.

(5) J. BASSET. De la simultanéité des maladies vénériennes. *Thèse Paris*, 1860, p. 42.

(6) J. ROLLET. *Traité des Maladies Vénériennes*, p. 586.

(7) BIDENKAP. Lettre au directeur de la *Gazette des Hôpitaux*, résumant

Diday (1), en 1865, a inoculé sans succès à une jeune dame saine la matière d'une pustule d'acné indique développée chez un sujet syphilitique en plein début de poussée secondaire et non encore mercurialisé.

B. — *Inoculations de lésions tertiaires.* — Tantarri (de Naples) a en 1865 (2) inoculé sans succès à une femme saine le pus d'une énorme gomme sous-cutanée.

En 1871, Profeta fit une inoculation négative avec la sécrétion d'un tubercule syphilitique, de même Diday avec le pus d'une gomme.

Finger (3) (de Vienne) a pratiqué plus de 30 inoculations de produits de gommages et de périostite chronique sur 10 sujets sains sans obtenir un seul cas d'infection.

C. — *Inoculation à la femme ayant accouché d'un enfant hérédosyphilitique (question de la syphilis dite par conception).* — Caspary (de Königsberg), au cours de recherches sur la syphilis héréditaire (4), chercha à déterminer par l'expérimentation si la mère, saine en apparence, d'un enfant hérédosyphilitique, doit son immunité vis-à-vis la syphilis de son enfant à ce qu'elle est déjà infectée.

EXPÉRIENCE DE CASPARY. — Un homme de 40 ans, est atteint, en 1872, de syphilis avec accidents graves (attaque apoplectiforme, iritis, récides multiples d'accidents cutanés). Sa femme, qui a déjà eu plusieurs enfants bien portants, est avertie dès le début de la maladie de son mari et s'observe soigneusement; elle ne présente aucune manifestation syphilitique; elle devient enceinte en octobre 1874 et avorte à 6 mois; le placenta examiné par Neumann renferme des gommages. Avant de lui faire suivre un traitement, Caspary lui inocule en 4 endroits au bras gauche la sécrétion, mélangée d'un peu de sang, de condylomes plats recueillis chez un sujet au début de la période

des recherches antérieures assez confuses, publiées dans les périodiques norvégiens. *Gazette des Hôpitaux*, 1864, p. 535.

(1) DIDAY. De quelques sources insidieuses de la syphilis. *Gazette médicale de Lyon*, 1865, p. 47.

(2) TANTARRI. Morgagni, 1866.

(3) FINGER. *Die Syphilis und die venerischen Krankheiten*. Vienne, 1886, p. 7.

(4) CASPARY. *Ueber gesunde Mutter hereditär-syphilitische Kinder*. *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis*, 1875, t. VII, p. 437.

éruptive, qui n'a subi aucun traitement. Le résultat fut, comme on s'y attendait, négatif.

D. — *Inoculations faites à des paralytiques généraux.* — On attribue généralement à Krafft-Ebing (1) des inoculations d'accidents syphilitiques secondaires pratiquées chez des paralytiques généraux. Cet auteur s'est borné, à en croire le discours qu'il prononça à une des séances solennelles du Congrès International de médecine de Moscou, à rapporter des faits qui lui avaient été communiqués par un de ses collègues occupant une situation scientifique éminente et digne d'une haute confiance, Obersteiner (2) dans le livre où il résume l'enseignement de Krafft-Ebing, dit que ces expériences ont été faites par un élève de ce dernier. Ce nouvel « Anonyme », est, d'après des renseignements que nous devons à l'obligeance du Professeur Ed. Finger, le Dozent Hirschl, qui était alors assistant de Krafft-Ebing ; ses expériences, au nombre de 9, ont porté sur des paralytiques généraux n'ayant aucun antécédent syphilitique et parvenus à un stade désespéré de la maladie ; inoculés chacun sur 15 à 20 piqûres de lancette avec le produit de grattage de lésions syphilitiques (chancre infectant pour les uns, plaques muqueuses pour les autres), et suivis pendant un temps variant de 72 jours pour un d'entre eux à 180 jours et plus pour les autres, ces sujets n'ont présenté aucun accident syphilitique au siège de l'inoculation ni à distance.

Sicard (3) a également inoculé sans succès du virus provenant de chancre syphilitique à deux paralytiques généraux ; dans un des cas le chancre d'où provenait le virus était un chancre à tendance phagédénique, accompagné d'une efflorescence considérable étendue à tout le tégument, avec larges maculo-papules, plaques muqueuses disséminées ; ce chancre avait été choisi pour

(1) KRAFFT-EBING. Die Ätiologie der progressiven Paralyse. *Comptes Rendus du XII^e Congrès international de médecine*. Moscou, 1897, t. I, p. 183.

(2) OBERSTEINER. Die progressive Allgemeine Paralyse *Wien*, 1908, p. 106. *Handbuch der Geschlechtskrankheiten*, de FINGER-JADASSOHN, t. III, 2^e partie, p. 1584.

(3) SICARD. La syphilis nerveuse et son traitement. Rapport à la Réunion neurologique annuelle de la Société de Neurologie de Paris, 9 juillet 1920. *Revue neurologique*, juillet 1920, p. 616. Du MÊME. Unité du virus syphilitique. *Presse médicale*, 28 juillet 1920, p. 513.

répondre à l'objection des dualistes que le virus neurotrope peut ne pas se prêter à l'inoculation dermique.

E. — *Inoculations rapportées trop sommairement.* — Nous plaçons ici l'indication d'inoculations faites par 3 médecins russes, Tarnowski (de Saint-Petersbourg), Voss (de Saint-Petersbourg) et Gué (de Kazan), dont les expériences sont citées dans un très intéressant ouvrage de Veressaïeff (1), mais dont nous n'avons pu consulter les textes originaux. Peut être ceux-ci donnent-ils des détails suffisants pour que ces expériences méritent plus grande créance.

Un fait de Tarnowski (2) se rapportant à l'inoculation de sécrétion de syphilitique (Veressaïeff ne précise pas laquelle) fut suivie à la 18^e tentative d'un résultat positif. D'autres inoculations de sécrétions de chancre ou de plaques muqueuses faites par le même observateur ont échoué.

Trois faits de Voss (3) ont trait à des inoculations de lait de femmes syphilitiques ; dans l'un d'eux, l'injection d'une seringue de Pravaz pleine de lait sous la peau fut suivie de syphilis.

Gué (4) n'a pas provoqué la syphilis en inoculant à une lépreuse le pus d'un chancre simple développé chez un syphilitique.

Les inoculations qui vont suivre furent faites sans contrôle scientifique rigoureux, sans qu'il soit tenu aucun compte de la longueur de l'incubation de la syphilis.

Nous ne mentionnerons, bien entendu, que les tentatives faites sur des sujets indemnes de syphilis ou prétendus tels.

Ricord (5) rapporte un cas personnel d'inoculation à un sujet sain : Le pus fut pris sur une lésion de syphilide pustuleuse et « inoculé par deux piqûres, le 17 juillet 1835 sur le bras gauche d'un individu sain. Le 20, les inoculations n'ont rien donné ». Ricord, à qui l'on reprocha, bien entendu, de n'avoir pas observé assez longtemps le sujet inoculé répondit (6), qu'au contraire,

(1) VERESSAÏEFF. *Mémoires d'un médecin*, traduits du russe par S. M. PENSKY. Paris, 1902, p. 173 et suivantes.

(2) TARNOWSKI. *Kours venerytcheskich bolesnicy*. Saint-Petersbourg, 1870, p. 64 et 67.

(3) VOSS. *Saint-Petersburger medizinische Wochenschrift*, 1876, n° 23.

(4) GUÉ. *Journal de la Société des médecins de Kazan*, 1881, p. 12.

(5) RICORD. *Traité des Maladies vénériennes*, 1838, p. 490.

(6) RICORD. *Lettres sur la Syphilis*, 2^e édition, p. 307.

pendant 10 ans, cette personne était restée auprès de lui, puisqu'il s'agissait du Dr Rattier, son collaborateur.

Pochon, partisan de la non-contagiosité des accidents secondaires, cite dans sa thèse (1) 3 observations d'inoculations négatives sur des individus sains. C'est d'abord l'observation précitée de Ricord, puis une observation de Rodet, à l'Antiquaille, en 1853, enfin l'observation d'une malade inoculée par lui à l'Hôtel-Dieu de Lyon en 1857.

Cullerier et Sarrihos se seraient inoculé inutilement du pus d'accidents secondaires (2).

A plusieurs reprises des expériences d'inoculation avec du sang de syphilitiques ont donné des résultats négatifs :

En 1860, Lalagade, chirurgien d'Albi, s'inocule par 3 fois avec du sang de 3 malades différents (3); malheureusement ces 3 observations sont relatées de façon tellement succincte qu'il est impossible d'en tirer une conclusion quelconque.

Les expériences de Thiry, de Bruxelles, sont plus détaillées. En 1862, il inocule 3 de ses élèves et lui-même avec du sang de syphilitique, chargé sur la pointe d'une lancette. Plusieurs mois après, aucune infection ne s'était produite, et dans une lettre qu'il écrit à Diday, un des inoculés, Oscar Max (4), insiste sur l'importance de ce résultat négatif qui d'après lui prouve l'absence de principe virulent dans le sang, contrairement aux résultats obtenus par Waller et Pellizzari.

L'accident primitif lui aussi a été inoculé sans résultats : « M. Puche a inoculé 3 fois sans succès, des sujets sains avec le pus du chancre induré, M. Ouvry a fait, en 1857, dans les mêmes conditions, et aussi sans succès, une inoculation de chancre induré à un jeune médecin, en présence de MM. Ricord et Fournier (5). »

(1) POCHON. Les accidents secondaires de la syphilis sont-ils contagieux ? Qu'est-ce que la plaque muqueuse ? *Thèse Paris*, 1858, p. 45 et 47.

(2) POCHON. *Loc. cit.*, p. 43.

(3) VIENNOIS. *Examen des opinions émises récemment par M. Ricord*, Paris, 1862, p. 27 et 30.

(4) OSCAR MAX. Expériences sur la contagiosité du sang de syphilitique. *Gazette médicale de Lyon*, 1862, p. 261.

(5) ROLLET. *Traité des Maladies vénériennes*, p. 494.

DÉDUCTIONS A TIRER DES INOCULATIONS EXPÉRIMENTALES DE SYPHILIS

Quelles conclusions ont permis de déduire les nombreuses inoculations que nous venons de résumer ? Pouvait-on, sans elles, démontrer les faits dont elles apportaient la preuve ?

Le plus grand nombre de ces inoculations a trait à l'inoculabilité ou, en d'autres termes, à la contagiosité des accidents secondaires ; ce sont presque toutes celles tentées de 1835 à 1859.

L'inoculabilité de ces accidents résulte nettement de la plupart des faits rapportés. Que les expérimentateurs se soient adressés aux plaques muqueuses des régions ano-génitales, de l'amygdale ou à des lésions syphilitiques du tégument, le résultat a toujours été le même.

En tenant compte des 3 expériences de Von Hübner et des 3 autres de Hebra et Rosner (qui toutes les 6 ne figurent pas dans le traité de Rollet), le nombre des observations détaillées d'inoculations positives de syphilis est de 48 (1).

Elles se répartissent de la manière suivante :

12 fois inoculation de chancre syphilitique (Rinecker, L'Anonyme, Rollet, Gibert, Von Bærensprung, Belhomme, Lindwurm, Hebra et Rosner, Puche et Cullerier).

27 fois inoculation d'accidents secondaires muqueux ou cutanés (Wallace, Vidal, Waller, Lindmann, Rinecker, L'Anonyme, Guyenot, von Hübner, Gibert, von Bærensprung, Lindwurm).

7 fois inoculation de sang (Waller, L'Anonyme, Gibert, Pellizzari, Lindwurm).

(1) La plupart des auteurs qui ont écrit sur l'inoculation expérimentale de la syphilis donnent des chiffres très notablement inférieurs. Rollet qui ne connaissait pas le détail des expériences de l'Anonyme du Palatinat, ne les ayant pas fait figurer dans son tableau récapitulatif (p. 535 du *Traité des Maladies vénériennes*), les auteurs qui l'ont suivi se sont pour la plupart bornés à reproduire les chiffres empruntés à ce tableau. En particulier dans leur ouvrage si remarquable, *La Syphilis. Expérimentation. Microbiologie*, p. 3, LEVADITI et ROCHÉ n'ont compté que pour une unité les 10 faits de l'Anonyme du Palatinat. La même erreur dans le livre de LÉVY-BING et LAFFONT. *La Syphilis expérimentale*, p. 6.

2 inoculations doivent être mises à part parce qu'elles se rapportent à l'étude du *chancre mixte*. Celle de Melchior Robert est un exemple d'inoculation expérimentale de chancre mixte ; celle de Lindwurm (expérience V) a réalisé expérimentalement un chancre mixte, en inoculant sur un chancre simple la sécrétion d'un chancre syphilitique.

Les inoculations pratiquées de 1835 à 1859 ont démontré que des accidents secondaires divers sont inoculables à l'homme sain. Certaines mêmes, qui rentreraient dans ce qu'on appelle aujourd'hui des inoculations en série ont montré que les lésions syphilitiques produites par une 1^{re} inoculation expérimentale sont inoculables à un 2^e sujet sain (Rinecker, expérience II, Anonyme du Palatinat, Gibert, expérience IV et Lindwurm, expériences IV et V).

Une discussion se greffait à cette époque sur la question de la contagiosité des accidents secondaires : pour les uns, le chancre seul engendrait le chancre, les accidents secondaires ne pouvaient déterminer un chancre et par contagion ils ne produisaient que des accidents secondaires ; pour les autres, toute contagion syphilitique, qu'elle dérivât d'un chancre ou d'une autre lésion, avait pour première manifestation un chancre.

Les relations des inoculations faites de 1835 à 1859 donnent à ce sujet des résultats forts contradictoires ; certains expérimentateurs ont décrit les résultats de leurs inoculations avec une imprécision qui ne serait plus admise aujourd'hui ; plusieurs ont compliqué la discussion comme à plaisir en se servant d'expressions à double sens, ou très vagues qui leur permettaient d'interpréter leurs résultats conformément à la théorie qu'ils soutenaient.

Si donc les inoculations n'ont pas tranché d'emblée la question, cela tient non à la méthode elle-même mais aux expérimentateurs qui n'ont pas apporté une précision suffisante dans leurs relations.

Si tant d'inoculations ont été faites pour résoudre la question de la contagiosité des accidents secondaires, c'est que Ricord s'est obstiné longtemps à la nier, et à la nier contre toute évidence.

Pour les médecins compétents de cette époque que n'aveuglaient pas leur admiration pour les bons mots de Ricord et leur foi dans ses affirmations, elle était démontrée par tant de faits

cliniques journaliers, par tant d'observations qu'il n'eût pas été besoin de la confirmer par l'expérimentation : tels étaient les contaminations de nourrices par les nouveau-nés syphilitiques, que Ricord niait *à priori*, et les faits innombrables de malades et surtout de médecins contaminés par des sujets atteints d'accidents secondaires avec lesquels il était facile de les confronter. Par malheur, quelques inoculations négatives ou semblant négatives pouvaient être citées à l'appui des assertions de Ricord : il fallut rassembler un faisceau important d'inoculations positives pour venir à bout des dernières résistances et les expériences de Gibert finirent, comme nous l'avons dit plus haut, par ébranler Ricord qui fit d'assez mauvaise grâce l'aveu de son erreur.

Une observation rigoureuse, aidée de la confrontation entre les contaminés et les contaminants, eût aussi suffi à démontrer que la première manifestation de la syphilis, qu'elle soit communiquée par un chancre ou par un accident secondaire, est toujours un chancre.

La clinique avait posé, sans la résoudre nettement, une question connexe à la précédente, celle de la contagiosité du sang des syphilitiques. Surtout à une époque où la vaccination se faisait toujours de bras à bras et où, trop souvent, le vaccinifère pouvait être un enfant hérédo-syphilitique, il importait de savoir si le sang était ou non capable de transmettre la syphilis. Des expériences dépourvues de rigueur et de précision l'avaient laissée sans solution. Pietro Pellizzari, par des inoculations faites avec une rigueur absolue et une haute conscience, montra tout à la fois que le sang pouvait transmettre la syphilis, mais que, pour cela, il fallait qu'il fût encore frais au moment où il était mis au contact de la peau.

L'intérêt des inoculations de P. Pellizzari est d'autant plus grand que l'observation clinique ne peut presque jamais arriver à préciser l'intervention du sang dans l'infection syphilitique et que dans les vaccinations il est extrêmement difficile de s'assurer si le virus vaccinal est ou non mélangé de sang.

Seules, en dehors de l'expérimentation, des inoculations accidentelles survenues dans des conditions bien déterminées permettent de démontrer la contagiosité du sang. Elles ont même fait connaître, ce qui n'a pas été réalisé expérimentalement, que lorsque le sang atteint les tissus profonds sans prendre contact avec le tégument, la syphilis se développe sans qu'il y ait de chancre

à son début ; ces faits sont rares. Jullien (1) en a observé deux chez des chirurgiens contaminés au cours d'une intervention sur un sujet en pleine syphilis secondaire, par piqure d'une aiguille à suture.

Un malade du service de Besnier, atteint de psoriasis, avait reçu par erreur une injection mercurielle intramusculaire faite avec une aiguille qui venait de servir à un syphilitique en période floride de la syphilis et n'avait été ni lavée, ni stérilisée : sans qu'il se fût produit de chancre au niveau de la piqure, le malade, conservé à l'hôpital et observé avec soin, fut atteint de roséole syphilitique indubitable.

La transmission héréditaire de la syphilis pose une question que l'expérimentation a été appelée à résoudre : c'est celle de la *contagiosité du sperme* : les expériences de Mireur ont donné un résultat négatif ; les premières inoculations aux singes ont également échoué, mais Finger et Landsteiner ont réalisé une inoculation au singe.

Une question connexe, celle de la *syphilis par conception*, a suscité une inoculation de Caspary ; cette expérience permet de conclure que la femme qui, sans avoir eu jamais de manifestations syphilitiques apparentes, est accouchée d'un enfant hérédo-syphilitique, ne peut plus contracter la syphilis.

Mais cette immunité tient-elle à ce qu'elle a été infectée par l'intermédiaire de son enfant, suivant la doctrine de la syphilis conceptionnelle, ou à ce qu'elle a été infectée directement par son mari ? C'est ce que l'expérience ne permet pas de préciser. Or là est précisément le problème que pose la clinique et qu'elle ne peut résoudre, car il est impossible d'établir péremptoirement qu'une femme n'a jamais eu un chancre infectant. L'expérience de Caspary ne pouvait pas davantage établir le bien fondé de la théorie, si discutée aujourd'hui, de la syphilis conceptionnelle.

Nous venons de voir que les inoculations expérimentales de syphilis ont à elles seules, ou plus souvent en concordance avec les résultats de l'observation clinique, élucidé certains problèmes pathologiques.

Ces inoculations fournissent, lorsque leurs résultats sont rapportés avec la précision et les développements voulus, des

(1) JULLIEN. Courte note sur deux cas de syphilis d'emblée, sans accident initial. *Beitraege zur Dermatologie und Syphilis. Festschrift gewidmet Herr D. I. Neumann, Leipzig et Vienne, 1900, p. 367.*

documents de haute valeur que la science doit enregistrer, interpréter et utiliser.

Mais une question se pose, question d'ordre moral et professionnel, parfois d'ordre juridique : est-il légitime, est-il permis de recourir à l'inoculation expérimentale à l'homme d'une maladie aussi grave que la syphilis pour résoudre une controverse scientifique ?

Tout d'abord, il faut mettre hors du débat les savants qui ont pratiqué ces inoculations sur eux-mêmes comme Lindmann : sachant le danger qu'ils couraient, ils s'y sont exposés dans le seul but de faire progresser la science et de faire profiter l'humanité du résultat de leur désintéressement ; ils méritent la reconnaissance profonde de l'humanité et l'admiration des savants.

Il en est de même des médecins qui, mis au courant de l'intérêt d'une semblable expérience, se sont offerts pour en être les sujets ; tels sont les cinq étudiants florentins qui ont réclamé de Pietro Pellizzari l'honneur de servir à ses inoculations ; et le maître qui les a pratiquées ne peut qu'être admiré pour avoir su inspirer un tel dévouement ; tel est encore l'étudiant en pharmacie qui se présenta à Vidal (de Cassis) pour être inoculé avec le pus d'accidents secondaires à l'époque des grandes polémiques avec Ricord.

Que peut-on reprocher aux médecins qui, anxieux de résoudre une question scientifique primordiale, ont après avoir exposé au sujet tous les risques encourus, obtenu son assentiment formel, à se laisser inoculer la syphilis ?

Peut-on accuser d'imprudence Rollet, Caspary, Rinecker, pour avoir pratiqué des inoculations dans les conditions que nous avons relevées ?

Malheureusement, il n'en fut pas toujours ainsi : le plus grand nombre des inoculations de produits syphilitiques paraît avoir été tenté à l'insu des sujets, ou sans qu'ils aient été mis au courant de la nature et de la gravité de la maladie qu'on leur inoculait et que presque toujours ils ont contractée.

Certains de ces expérimentateurs ont été, à l'époque de leurs recherches, sévèrement jugés par leurs confrères (1), quelques-uns poursuivis devant les tribunaux.

(1) Voir, entre autres, les articles de FOLLIN. De quelques doctrines sur la syphilis et la syphilisation. *Archives générales de médecine*, 1856,

Inoculer la syphilis à une femme atteinte de cancer du sein pour faire une expérience thérapeutique frappée d'avance d'impuissance totale, et le faire en prétextant de lui appliquer un vésicatoire, l'inoculer à un enfant teigneux pour étudier la contagiosité des accidents secondaires et prétendre après coup qu'on a voulu expérimenter l'action thérapeutique de la syphilis sur la teigne, faire la même expérience chez des lupiques et venir ensuite soutenir que la syphilis pourrait améliorer le lupus, même inoculer la syphilis à des paralytiques généraux ou à des psychopathes, est faire fi de la santé et même de la vie de ses semblables, risquer sciemment de leur causer un grave préjudice que ne compense aucun bénéfice et se livrer à des manœuvres et à des tromperies indignes d'un médecin.

Le Tribunal correctionnel de Lyon a dit avec raison, dans l'affaire Guyénot et Gailleton, que les obligations du médecin envers la science ont des limites; que, toutes les fois où, dans l'application d'une méthode curative nouvelle, le médecin aura pour but la guérison du malade et non le dessein d'expérimenter, il ne relèvera que de sa conscience, mais qu'il n'en est pas de même lorsque sa pensée dominante, son but principal a été de résoudre, au moyen d'une expérience, une question médicale faisant l'objet de vives controverses.

On viendrait à tort soutenir aujourd'hui qu'avec les traitements modernes on est maître d'arrêter la marche de la syphilis, et qu'on peut les mettre en œuvre dès le début de la maladie, dès que la constatation du spirochète a donné la certitude du diagnostic: quelque réduits que soient les risques d'accidents syphilitiques chez les sujets soumis au traitement précoce par les arsénobenzènes, il peut se présenter telle circonstance imprévue qui s'opposera à leur emploi, telle complication due au médicament qui mettra en péril la santé ou même la vie du sujet; il y a donc toujours pour le sujet de ces expériences un risque à courir, risque auquel il peut se soumettre sciemment et consciemment lorsque l'expérimentateur le lui a fait connaître en toute loyauté, mais auquel celui-ci ne peut l'exposer sans l'avoir prévenu.

p. 190 et de LASEGUE, De la contagion de la syphilis secondaire *idem*, 1858, p. 595, de DECHAMBRE. *Gazette hebdomadaire de médecine et chirurgie* 1859, p. 802, et l'énergique protestation de VERESSAËF sur les expériences de ce genre. *Loco citato*, p. 153, 161 et suivantes.

A l'époque où l'obstination de Ricord à soutenir la non-contagiosité des accidents secondaires risquait d'entraîner des conséquences désastreuses et de propager la syphilis, quelques expérimentateurs pouvaient encore prétexter de l'intérêt général. Il ne semble pas que des questions de cette gravité puissent encore se poser ; on sait de plus que les singes, aussi bien les singes inférieurs que les anthropoïdes, sont susceptibles de contracter la syphilis et servir à l'expérimentation. On peut donc dire que l'inoculation expérimentale de la syphilis à l'homme, laquelle n'a presque jamais été d'une nécessité scientifique absolue, a perdu à peu près toute utilité.

Il faut espérer que la liste des inoculations est close.

POIKILODERMIE RÉTICULÉE PIGMENTAIRE DU VISAGE ET DU COU

Par A. CIVATTE

En 1908, Jacobi proposa le nom de *poikilodermie vasculaire atrophiante* pour une éruption qu'il observait depuis deux ans déjà et qui ne rentrait dans aucun des cadres de la dermatologie classique. Cette dermatose, à marche chronique, et de durée indéterminée, était caractérisée par une érythrodermie pigmentée distribuée en plaques et en réseaux, et accompagnée d'une atrophie plus ou moins marquée du tégument. Jacobi lui trouvait quelques rapports avec une affection étudiée un peu auparavant par Petges et Clejat, et qui pourrait ainsi être comptée comme le premier cas connu de poikilodermie vasculaire atrophiante. Depuis lors, 13 observations nouvelles en ont été publiées à l'Etranger. J'en ai d'autre part présenté une sous la même rubrique à la Société Française de Dermatologie avec Mlle O. Eliascheff (1); mais je crois aujourd'hui que ce dernier cas ne doit plus être considéré comme une poikilodermie de Jacobi. Je viens de trouver deux nouveaux exemples de la singulière affection que présentait la malade étudiée en collaboration avec Mlle Eliascheff; il me paraît difficile de ne pas voir dans ces trois cas un type morbide distinct de celui de Jacobi, et qu'il faudra désigner par un autre nom.

Ce type mérite d'être individualisé et décrit. Il n'est peut-être pas très rare puisque je l'ai trouvé trois fois en moins de trois ans parmi les malades de M. Darier.

ETUDE CLINIQUE

OBSERVATION I (présentée à la séance du 12 juin 1919 de la Société de Dermatologie).

M^{me} H..., 41 ans, cuisinière, vient nous consulter pour une pigmentation de la face, du cou et des bras. Cette pigmentation a débuté, il

(1) 12 juin 1919.

y a 5 ans environ, à la nuque. Elle a été précédée de démangeaisons légères qui n'ont pas cessé depuis et se sont propagées à la face et aux bras, en même temps que l'éruption.

Celle-ci couvre aujourd'hui la nuque, les côtés du cou, et remonte, en ménageant les oreilles, sur les régions mastoïdiennes, sur les joues et sur les tempes. Elle épargne les parties médianes du cou et de la face. Elle s'arrête en haut à peu près à la bordure du cuir chevelu ; en bas et en arrière à la base du cou. En avant, elle descend sur les régions pectorales en respectant la ligne médio-thoracique. Sur les côtés elle gagne les épaules, puis les bras et les avant-bras, où elle se perd dans un réseau de livedo banal.

Cette éruption est bigarrée et assez complexe. *Au cou*, elle est constituée par un semis serré de macules de la taille d'une lentille ou d'une tête d'épingle. Ces macules laissent entre elles des espaces de peau saine, à peu près de la même dimension. *À la nuque*, elles dessinent souvent en se juxtaposant des traînées irrégulières, et même un réseau assez complet ; sauf en bordure de l'éruption où elles s'espacent au contraire, de plus en plus. Traînées et macules sont d'un brun plus ou moins foncé, parfois bleuté, et presque toujours piquetées de rouge vif par des télangiectasies minuscules. Lorsqu'on efface par la pression ce piqueté pourpre, et aux points où il manque, on pourrait croire à une éruption très abondante d'éphélides ou de lentigo. Si l'on regarde ces éléments à jour frisant, on voit que l'épiderme y est luisant, avec un quadrillage plus marqué et que le tégument est là légèrement en retrait.

Aux régions mastoïdiennes, ce n'est plus un réseau que forme l'éruption, mais une véritable plaque où se découpent quelques réserves plus claires. L'élément érythémateux l'emporte ici sur la pigmentation et dissimule presque les marbrures brunes. Cette plaque érythémato-pigmentée est semée d'une multitude de petits points d'un blanc jaunâtre, saillants. Ce sont les glandes sébacées qui soulèvent l'épiderme aminci, et se voient par transparence.

Aux tempes, au front, et sur les limites du cuir chevelu, l'élément érythémateux fait défaut presque entièrement. Le réseau se dessine en brun, sur un fond blanc nacré d'aspect atrophique. C'est une atrophie superficielle, qui ne détruit pas les follicules : les orifices pilo-sébacés restent intacts.

Aux épaules, aux bras et aux avant-bras, l'éruption est masquée par le livedo. Si l'on efface celui-ci on retrouve de petites macules fauves, brillantes, légèrement déprimées, sans télangiectasies, groupées en plus grande abondance sur les travées que dans les mailles du réseau de livedo.

M^{me} H... s'est toujours bien portée et ne paraît atteinte d'aucune autre affection que cette dermatose.

Des traitements par des crèmes oxygénées et des lotions décolorantes au sublimé, sont restés à peu près sans effet. La malade a été revue plusieurs fois en deux ans. La teinte rouge avait presque entiè-

rement disparu lors du dernier examen, mais le réseau pigmenté persistait.

OBSERVATION II. — Mme D..., 52 ans, vient nous consulter le 15 octobre 1921 pour des lésions du visage qu'elle présente depuis 9 mois. Cette dermatose couvre toute la face; elle s'arrête en lisière du cuir chevelu; elle s'atténue au-dessous de la branche horizontale du maxillaire inférieur, et paraît à peine ébauchée dans les parties hautes du cou. Elle a débuté au front et a envahi très vite le reste du visage, où elle n'épargne que les orbites, le nez et le pourtour de la bouche. Elle n'a pas été précédée, ni jamais accompagnée de prurit. La malade ressent seulement une impression de chaleur sous son éruption.

Celle-ci est constituée presque partout par un sorte de réseau érythémato-pigmenté, que dessinent des macules rouges et des macules brunes de tailles et de contours très irréguliers, juxtaposées en travées de 1 à 2 millimètres de largeur. Les taches rouges sont souvent pourprées et semées de télangiectasies. Les taches brunes vont parfois jusqu'au noir bleuté. Le plus souvent les deux teintes se mélangent. Les aires découpées par ce réseau ont la couleur de la peau normale, ou sont nettement dépigmentées. Dans l'ensemble, le tégument paraît atrophie: il se plisse facilement et présente une surface brillante.

Par places, l'atrophie est plus accusée dans les réserves blanches; et celles-ci sont alors d'un blanc nacré. Ailleurs, au contraire, elle est plus marquée sur les travées érythémato-pigmentées.

Aux tempes et au front, le réseau plus pigmenté qu'érythémateux, est à mailles assez larges; les taches blanches ont parfois les dimensions de l'ongle: elles sont très dépigmentées. L'atrophie est diffuse; elle existe sous le réseau, comme sous les taches dépigmentées.

Aux pommettes, les réserves blanches ont la dimension d'une lentille. Le réseau est quelquefois en saillie; plus souvent en retrait.

Aux régions *rétro-auriculaires*, il y a de véritables placards d'un rouge très vif, avec très peu de réserves. L'atrophie est diffuse, comme au front. Les glandes sébacées font saillies et ponctuent de jaune les placards rouges.

Sur le *haut du cou*, le réseau érythémato-pigmenté est à peine indiqué. Il n'y a ni décoloration, ni atrophie.

Les muqueuses sont intactes.

Il n'y a aucun trouble de la santé générale.

Mme D... a toujours été jusqu'ici très bien portante.

Elle n'est plus réglée depuis l'âge de 46 ans.

Pas de traitement local.

Du 22 octobre 1921 au 15 février 1922, Mme D... prend tous les jours deux cachets de 0,05 de poudre de surrénale.

Le 20 février 1922, le réseau érythémato-pigmenté a disparu. Il reste quelques macules d'aspect atrophique, légèrement dépigmentées, à peine visibles.

Du 1^{er} mars au 20 juin, le même traitement par la poudre de sur-rénale est repris.

Le 25 juin 1922, il n'y a plus de trace de l'éruption.

OBSERVATION III. — M^{me} B..., âgée de 58 ans, vient consulter le 22 avril 1922. Toujours très bien portante, elle a conservé, malgré des préoccupations très graves et des travaux pénibles au cours de ces trois dernières années, une excellente santé jusqu'au début de juillet 1921. La ménopause survenue il y a trois ans n'a provoqué aucun malaise sérieux.

En juillet 1921, M^{me} B... éprouve de la fatigue; ses digestions deviennent pénibles. L'éruption actuelle apparaît à cette époque, subitement au dire de la malade et après un ictus léger (???). Elle a persisté depuis sans augmenter ni diminuer d'étendue. De temps en temps elle paraît à la malade foncer davantage pendant quelques jours, pour reprendre ensuite sa teinte habituelle. Elle est accompagnée d'une sensation de chaleur assez vive, à peu près permanente.

Cette éruption est strictement localisée à la face.

En haut elle s'arrête brusquement à la lisière du cuir chevelu. Sur les côtés et en bas sa bordure s'estompe au devant du tragus, et le long du maxillaire inférieur. Elle est surtout marquée aux pommettes; les orbites, le nez et le pourtour de la bouche sont indemnes. La limite est très nette au bord supérieur des orbites; au bord inférieur et dans les sillons nasogéniens, l'éruption s'atténue puis disparaît par transitions insensibles.

L'ensemble du visage est d'un rouge-brun très foncé, avec des réserves blanches, rares et peu apparentes sur les joues, très nombreuses, très serrées et très visibles aux tempes et au front où l'éruption prend un aspect nettement réticulé.

Aux pommettes, la peau est uniformément colorée en gris violacé. Elle est rapeuse: tous les orifices pilosébacés sont obstrués par un minuscule bouchon corné qui fait une saillie légère. A la pression, la coloration s'efface incomplètement: le tégument reste d'un gris bistré.

Autour de ces deux placards symétriques, foncés et rugueux, de la grandeur d'une pièce de deux francs, qui siègent sur les pommettes, l'éruption est de teinte moins sombre, et il n'y a presque plus de saillies cornées sur le fond d'un rouge franc, parfois purpurique et piqué de télangiectasies, se découpent quelques taches blanches lenticulaires, en retrait, où la peau reprend sa coloration normale. A la vitro-pression il reste toujours un peu de brun autour de ces réserves.

Au front et aux tempes, les réserves sont de plus en plus nombreuses, de plus en plus étendues, avec des contours de plus en plus irréguliers; elles se décolorent de plus en plus jusqu'à prendre une teinte d'un blanc nacré. Ces taches d'aspect atrophique sont nettement en retrait sur les réseaux qui les découpent. Ceux-ci sont en partie rouges, en partie bruns. Les travées érythémato-pigmentées ont, quoique

à un degré moindre que les taches dépigmentées, les caractères de l'atrophie : leur épiderme est luisant, aminci et fripé. Cette atrophie cependant, ne va pas jusqu'à détruire les follicules pilo-sébacés ; presque tous conservent leur duvet. Certains d'entre eux, aussi bien sur les aires blanches que sur les réseaux, sont obstrués par un bouchon corné assez volumineux.

Le cou, ne présente aucune lésion.

A la face postérieure des deux *avant-bras*, il existe un piqueté rouge péri-pilaire, qui daterait dit la malade, de quelques mois. Il n'y a pas la saillie des éléments du pityriasis rubra pilaire.



Fig. 1.



Fig. 2.

Le reste du tégument et les muqueuses sont indemnes.

La malade se plaint d'une fatigue très grande. La pression sanguine mesurée avec l'appareil de Pachon donne : P. M. 15-16-p. m. 7-8.

Comme traitement local M^{me} D... emploie une crème à l'ichthyol. J'ordonne deux cachets par jour de : extrait surrénal 0,15, extrait ovarien 0,10 de Choay.

Le 31 mai, l'aspect de l'éruption est entièrement modifié. La teinte rouge a à peu près disparu ; les taches et les réseaux sont d'un brun plus ou moins foncé. Quelques réserves blanches ont apparu dans les placards des pommettes. Ceux-ci n'ont plus le piqueté kératosique qui les rendait rugueux. La malade est beaucoup moins fatiguée. L'oscillomètre marque P. M. 15-16-p. m. 7-8.

Le 7 juillet, la teinte brune a considérablement pâli. Sur les tem-

pes, les pommettes et les joues, la coloration pourrait passer pour normale, si la malade ne disait qu'elle avait autrefois le teint un peu moins foncé. Il n'y a plus ni taches, ni réseau. Par contre, au front, l'aspect réticulé persiste; mais le réseau est aujourd'hui de la même teinte quasi-normale que les joues, et les réserves sont toutes d'un blanc nacré. Malgré leur dépigmentation absolue, l'atrophie y est moindre que par le passé. Presque tous les bouchons cornés folliculaires ont disparu.

En résumé, on retrouve dans les trois observations rapportées plus haut, les mêmes traits caractéristiques :

Une érythrodermie pigmentée et atrophiante distribuée en réseaux. Une éruption régionale symétrique cantonnée à peu près au visage et au cou. Une évolution pour ainsi dire indéfinie. Cette dermatose s'observe chez des femmes, aux environs de la ménopause.

Et ces trois observations rapprochées l'une de l'autre et complétée l'une par l'autre, nous fournissent les éléments d'un tableau clinique très détaillé :

L'affection n'est jamais précédée ni accompagnée d'aucun symptôme général. Tout se borne à une éruption qui apparaît d'ordinaire insidieusement, progresse assez vite au début puis plus lentement, et ne provoque qu'un peu de prurit ou quelques sensations de chaleur.

Cette éruption prend la face avec prédilection. Elle débute le plus souvent au front; quelquefois à la nuque; mais elle envahit bientôt le visage. Elle s'y cantonne parfois. Plus ordinairement elle descend sur le cou, elle peut même s'étendre, mais en s'atténuant beaucoup, au haut du thorax et jusque sur les bras et les avant-bras.

C'est toujours à la face que les lésions présentent le maximum d'intensité. L'éruption s'y distribue avec une symétrie parfaite de part et d'autre de la ligne médiane, au front, aux tempes, aux pommettes, aux joues. Elle épargne le nez, le pourtour de la bouche et les paupières. Elle s'arrête brusquement aux lisières du cuir chevelu. Elle s'estompe au contraire au pourtour des orbites, aux sillons naso-géniens, et le long du maxillaire inférieur. Malgré quelques parties épargnées, le visage présente dans l'ensemble une teinte rouge bistre, très accusée.

A la nuque et au cou on retrouve toujours la même bordure nette au voisinage du cuir chevelu, tandis que la limite infé-

rieure demeure à peine visible. Et là encore, la ligne médiane est épargnée.

Les muqueuses ne sont jamais atteintes.

L'éruption est constituée par un mélange de macules juxtaposées, rouges, brunes et blanches ; de taille et de contours très irréguliers. Le plus souvent les macules rouges et brunes se disposent en lignes capricieuses, et dessinent soit des travées érythémato-pigmentées de 2 à 3 millimètres de largeur, qui se détachent sur un fond clair, soit des réseaux irréguliers mais complets qui enserrent des aires blanches de 4 à 5 millimètres de diamètre au moins. Ailleurs, les taches érythémato-pigmentées se distribuent en larges placards d'un brun-rouge, de plusieurs centimètres carrés, à la périphérie desquels se découpent quelques réserves blanches.

La teinte des placards et des réseaux varie du rouge vif au brun-noir. Les deux couleurs fondamentales sont parfois séparées et juxtaposées en taches distinctes ; très souvent, elles sont intimement mélangées. A la pression, les parties franchement brunes ne changent pas de couleur ; les taches rouges, au contraire, s'atténuent plus ou moins. On voit que la coloration rouge est faite d'un fond uni sur lequel se dessinent de fines télangiectasies.

Dans quelques aires blanches, la peau garde sa coloration normale ; dans les autres, elle est légèrement dépigmentée.

Sous cette bigarrure de couleurs, le tégument est en certains points un peu atrophie : il est luisant, se plisse facilement et a évidemment perdu de son épaisseur. Cette atrophie ne correspond exactement ni aux parties érythémato-pigmentées, ni aux réserves blanches. Elle existe ou prédomine tantôt sous les unes et tantôt sous les autres, si bien que c'est tantôt le réseau qui se dessine en creux et tantôt la plage claire.

Ces divers aspects sont en rapport avec l'âge de la lésion. Celle-ci débute sous forme d'une tache rouge, légèrement infiltrée, en saillie sur la peau saine. Des troubles de pigmentation surviennent bientôt ; puis l'infiltration diminue, et le tégument s'atrophie : le réseau ou le placard érythémato-pigmenté est alors en retrait. Enfin, dans ce territoire déjà atrophique, la rougeur s'efface entièrement en certains points, où l'atrophie s'accuse un peu plus ; et des plaques d'un blanc nacré, semées encore de macules pigmentées y apparaissent en creux. Et ainsi, de proche en pro-

che, il ne restera à la fin qu'un réseau pigmenté sur des plaques d'atrophie diffuse toujours très superficielle.

Ce réseau pigmenté lui-même, dans quelques cas s'effacera. La peau pourra même reprendre sa consistance et sa coloration normales. Ce sera la guérison.

Cette évolution vers la guérison complète n'est peut être possible que sous l'influence d'un traitement approprié. Il est permis de supposer, d'après les trois observations rapportées plus haut, que sauf cette intervention thérapeutique, l'affection doit durer des années, et peut être indéfiniment ; enfin qu'elle aura au cours de cette longue évolution une tendance à progresser de haut en bas : de la tête et du cou, vers le tronc et les membres.

Nous ne sommes qu'assez pauvrement documentés sur l'étiologie de cette affection. Nous savons seulement qu'elle semble, au moins jusqu'ici, propre au sexe féminin, à l'âge adulte (36 ans, 51 ans, 57 ans) et qu'elle apparaît le plus souvent après la ménopause. Ce n'est pas une maladie professionnelle, et elle ne paraît pas liée à tel genre de vie ou à telle occupation (une des malades est cuisinière ; la seconde est une ouvrière astreinte aux soins du ménage ; la troisième est dispensée de soins de ce genre).

Nous sommes mieux renseignés sur la thérapeutique de cette maladie ou de ce syndrome. Le traitement de choix en paraît être l'opothérapie surrénalienne. Dans les deux cas où il a été appliqué, il a amené la guérison en moins de trois mois. Les traitements locaux se sont montrés, au contraire, inefficaces. Il y a peut être dans ce succès constant de l'opothérapie surrénalienne une indication sur la pathogénie de l'affection. La question des troubles endocriniens et des relations des différentes glandes endocrines entre elles est encore trop obscure pour qu'il soit possible d'aller dans cette voie au delà de simples hypothèses.

..

Cette dermatose si bien caractérisée par son aspect clinique, par son évolution, et par l'action rapide et complète d'un traitement opothérapique, présente encore à l'étude histologique une physionomie aussi nettement dessinée. L'anatomie pathologique permet en outre de la séparer définitivement des autres dermatoses qui pourraient avoir avec elle quelques ressemblances dans leurs caractères cliniques.

ETUDE HISTOLOGIQUE

Deux biopsies ont été faites sur chacune de ces trois malades : à la région rétro-auriculaire, chez la première ; à la tempe chez la seconde ; à la tempe et à la joue chez la troisième. J'ai pu étudier dans les trois cas, les lésions à chacune des phases de leur évolution. Tous ces examens concordent absolument, sauf deux lésions surajoutées que présentait seule la malade de l'observation III ; lésions sans rapports avec sa dermatose : d'une part, de minuscules dilatations de quelques tubes sudorifères, microscopiques hidrocystomes ; et d'autre part, la transformation du collagène en collastine, habituelle au visage chez les sujets de l'âge de cette malade.

Les lésions à retenir sont identiques dans les trois cas. Elles diffèrent suivant qu'on examine une tache érythémato-pigmentée infiltrée, ou une macule d'aspect atrophique.

1° *Tache érythémato-pigmentée infiltrée.*

L'épiderme ne présente que fort peu d'altérations. Il y a parfois (obs. III) de l'hyperkératose, marquée surtout par la présence d'un bouchon corné dans les infundibula pilaires. Le corps muqueux est normal. La germinative présente seulement çà et là quelques cellules claires et gonflées qu'on pourrait croire au début d'une karyokinèse, mais dont le noyau reste au repos. Ces cellules claires sont parfois séparées de leurs voisines par un ou deux lymphocytes.

Le corps papillaire, conserve ses papilles et ses crêtes dermiques. Au-dessous des cellules basales altérées, il y a parfois une sorte de cavité sur laquelle il y aura lieu de revenir. La lésion la plus évidente et la plus constante est une infiltration diffuse et peu dense de lymphocytes et de fibroblastes. Au milieu se trouvent des amas considérables de chromatophores bourrés de mélanine, indice de troubles pigmentaires déjà importants. Le réseau élastique est singulièrement réduit.

Dans le chorion, on voit, au voisinage des follicules pilo-sébacés, des nodules lymphoïdes plus ou moins volumineux, profondément situés, et loin de l'épiderme. Ils sont constitués par des amas de lymphocytes et de cellules mononucléées dans un réticulum délicat, semblable à celui du tissu adénoïde. C'est de l'abondance et du volume de ces nodules beaucoup plus que de l'infiltrat du corps papillaire, que dépend le plus ou moins de saillie de la lésion. Les faisceaux conjonctifs et le réseau élastique sont intacts en dehors de ces amas lymphoïdes.

2° *Macules d'apparence atrophique.*

Dans l'ensemble, le tégument a perdu jusqu'à un tiers de son épaisseur totale. Cette atrophie porte non pas sur les couches profondes, dont la structure reste normale, mais sur les couches superficielles.

L'épiderme est réduit pour sa part à la moitié de son épaisseur. La couche cornée et la granuleuse sont intactes, mais le corps muqueux est fortement aminci; et de la germinative il ne demeure que quelques flots.

Du corps papillaire, il ne reste plus ni papilles, ni crêtes dermiques. On retrouve comme dans la lésion de début, des infiltrats peu denses, mais en moins grande quantité. Les chromatophores y sont aussi moins nombreux. Il y en a encore cependant des amas importants : la tache pigmentaire survit à la tache érythémateuse. Enfin, à la limite de l'épiderme et du derme, on voit de nombreux blocs hyalins, colorés en jaune par le Van Gieson, en rose par l'éosine, quelquefois en brun par l'orcéine acide. Les plus volumineux sont de la dimension des cellules malpighiennes et parfois plus grands. Ils sont très souvent groupés en amas, et siègent toujours en plein corps papillaire. Il en existe de beaucoup plus petits, un peu plus près de l'épiderme, et parfois jusque dans les couches inférieures du corps muqueux, entre les cellules épithéliales.

Le réseau élastique a disparu entièrement.

Le *chorion*, proprement dit, est intact et conserve ses trousseaux fibreux et ses fibres élastiques.

Ni dans les macules atrophiques, ni dans les taches infiltrées, les *annexes de l'épiderme* ne présentent aucune lésion (sauf les hydrocystomes de l'observation III). La chute et le remplacement des duvets se font comme à l'ordinaire dans les régions légèrement enflammées : des débris de follicules sous forme de pseudo-cellules géantes, et des poils de remplacements en témoignent.

Il n'est pas difficile de reconstituer au moyen de ces différentes images le mécanisme et l'évolution de ces lésions histologiques.

On retrouve même parfois dans une seule coupe portant sur une macule atrophique et le bourrelet érythémato-pigmenté qui la bordait, toutes les étapes intermédiaires entre ces deux termes extrêmes. On voit deux processus enchevêtrés; l'un conduit à l'atrophie et l'autre au déplacement du pigment, qui va de l'épiderme dans le derme, pour être sans doute après un arrêt plus ou moins long, emporté dans les voies lymphatiques. Les deux processus se développent simultanément; ils semblent mis en jeu par l'infiltration profonde qui s'observe au début de la lésion et disparaît ensuite.

C'est en effet au-dessus des nodules lymphoïdes du derme, au contact de l'infiltrat diffus du corps papillaire, qu'apparaissent les premières lésions caractéristiques : quelques cellules de la couche germinative se gonflent et se détachent de leurs voisines; des lymphocytes viennent les en séparer. Puis, immédiatement au-

dessous, le tissu conjonctif se creuse de minuscules cavités où les cellules altérées tombent avec quelques lymphocytes. Les plus petites de ces cavités sont parfaitement arrondies : elles mesurent de 30 à 50 μ de diamètre : elles renferment une ou deux cellules épidermiques chargées de pigment, avec deux ou trois lymphocytes. Les plus grandes sont aplaties et forment des fentes de 100 à 150 μ pleines de lymphocytes, entre le derme et l'épiderme. Les cellules basales, et peut être des cellules malpighiennes appartenant à des couches supérieures, tombées dans ces cavités, vont disparaître ; leur pigment sera emporté par les chromato-

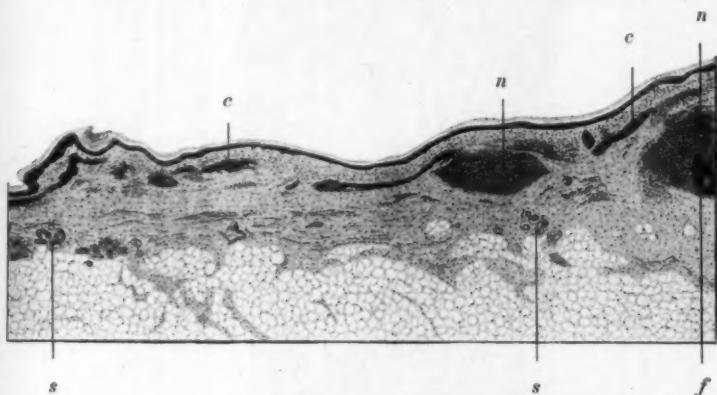


Fig. 1. — Macule atrophique blanche bordée d'une saillie érythémato-pigmentée. — La saillie (à droite de la figure) est due en grande partie à la présence de nodules lymphoïdes *n n*. Dans l'un de ces nodules, on voit un follicule pilo-sébacé *f*. — *c c*. Amas de collastine. Les glandes sudoripares *s s* sont intactes.

phores ; les cellules voisines vont tomber à leur tour, et l'épiderme va ainsi s'user couche par couche en même temps qu'il se décolore.

De leur côté, certains éléments du derme dégénèrent et forment des blocs de substance hyaline qui parsèment le corps papillaire, dans quelques-unes des cavités sous-épidermiques, et même s'insinuent parfois entre les cellules des couches épidermiques inférieures (1). D'autre part, le réseau élastique, se raréfie puis disparaît.

(1) J'ai pris d'abord ces corps hyalins, qu'on retrouve d'ailleurs dans d'autre dermatose à tendance atrophique, pour des cellules épidermiques dégénérées. Il est des cas où des blocs pareils à ceux-ci ont certainement

Les infiltrats lymphoïdes qui ont déclenché cette série de

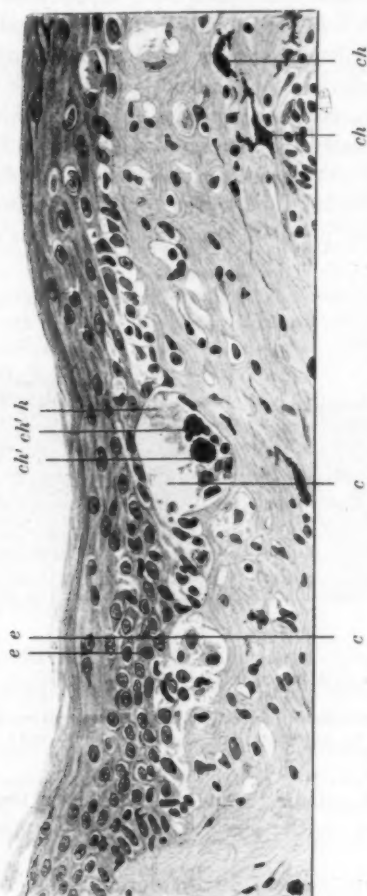


Fig. 2. — *Début de la lésion.* — Deux cavités *ce* se creusent au-dessous du corps muqueux aminci. Des cellules épidermiques *ee* y sont tombées, ou sont prêtes à y tomber. — La cavité de droite contient encore deux chromatophores *ch/ch'* et des corps hyalins *h*. Le corps papillaire est infiltré de lymphocytes. On y trouve des fibroblastes en abondance et quelques chromatophores, etc.

modifications dans les couches supérieures du tégument, se résorbent bientôt. Dès lors, le tégument aminci et privé de fibres

cette origine (lichén plan, par exemple). D'autres fois, leur origine aux dépens d'éléments mésodermiques est évidente : des plasmocytes peuvent subir cette transformation. Il me semble qu'il s'agit ici d'une substance intercellulaire dérivée de collagène : il y a des colorations intermédiaires ; et quelques-uns de ces blocs ont une enveloppe de collagène.

élastiques prend un aspect atrophique. Mais cette atrophie n'est

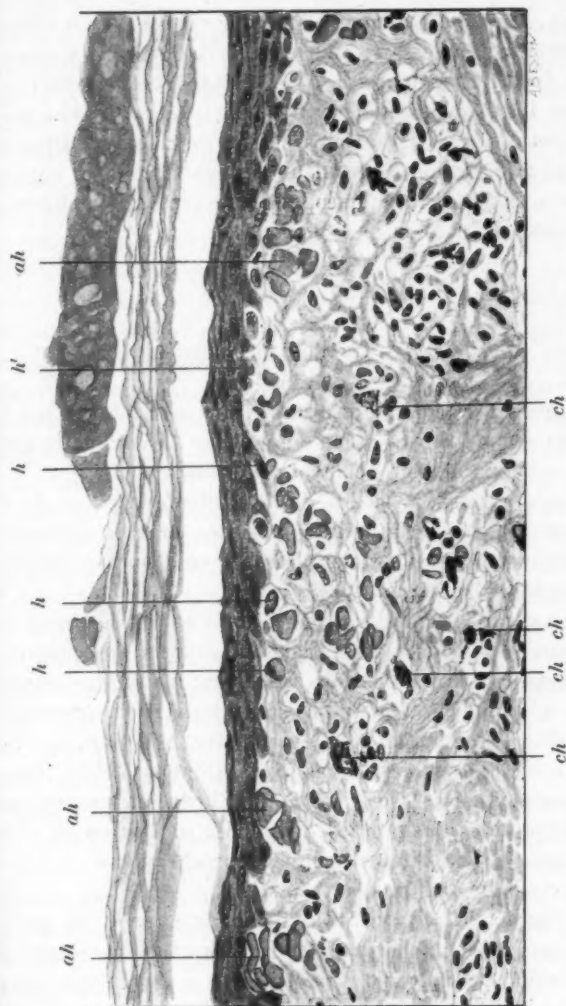


Fig. 5. — Lésion complètement développée. — Le corps muqueux est très aminci. Dans le corps papillaire, de nombreux corps hyalins, en amas (*ah*), ou isolés (*h*). L'un d'eux (*h'*) paraît faire partie du corps muqueux.

pas une cicatrice : elle n'est pas encore fibreuse, et n'est pas définitive. On sait en effet que la peau peut revenir à son état

normal (obs. II et III). Je n'ai pas vu sur mes biopsies la transformation en cicatrice véritable et permanente.

Tous ces stades successifs sont rarement visibles sur une même coupe. Mais il est fréquent d'en voir côte à côte les deux degrés extrêmes : d'une part, sous un épiderme à peu près intact, une de ces cavités rappelant assez bien une thèque naevique ; et, un peu plus loin, quelques blocs hyalins au-dessous d'un épiderme aminci et réduit à quelques assises de cellules étirées et aplaties. La juxtaposition de ces deux lésions forme des images histologiques très caractéristiques, et que je crois particulières à cette affection.

..

DIAGNOSTIC ET NOMENCLATURE

Quand on a vu cette dermatose il est impossible de ne pas la reconnaître. Quand on la voit, on ne peut la confondre avec aucune de celle que nous rencontrons d'ordinaire.

Ses lésions rappellent celles de la *radiodermite* et de la *radiumdermite* ; mais ses limites indécises et sa distribution symétrique suffiraient au premier abord et en dehors de l'anamnèse, à empêcher l'erreur.

Il ne peut s'agir de *lichen plan*, de *sclérodermie* ou de *lupus érythémateux*. Ces trois dermatoses laissent souvent des cicatrices érythémato-pigmentées, et parfois réticulées ; mais à leur période d'activité, ni le lichen plan, ni la sclérodermie, ne présentent aucune analogie clinique ou histologique avec les lésions décrites ici. Et, si pour le lupus érythémateux, surtout au début, l'examen clinique peut laisser quelques doutes, l'examen microscopique interdit toute confusion ; les différences sont telles qu'on ne saurait songer même à faire aucun rapprochement et à voir là une forme atypique de lupus érythémateux.

Le seul diagnostic qui pourrait se défendre est celui de *poikilodermie vasculaire atrophiante*. On retrouve dans la maladie de Jacobi les lésions que nous voyons ici. Mais si l'on relit Jacobi et les auteurs qui ont donné de nouvelles observations de sa dermatose, on relève entre nos trois cas et les leurs de notables différences ; et l'on voit au surplus que leurs descriptions ne s'accordent pas toujours. En plus de l'éruption érythémato-pigmentée

et atrophique caractéristique, quatre observations indiquent l'existence d'œdème des paupières, au moins au début de l'effection (Petges-Jacobi-Muller-Gluck). Quatre notent la présence de réseaux d'aspect leucoplasique sur la muqueuse buccale (Jacobi-Muller-Zinsser-Gluck). H. On trouve une fois des lésions des ongles (Zinsser); une fois de la myosite et de la tuberculose pulmonaire (Petges et Clejat); une fois de l'atrophie musculaire et des tumeurs calcaires de la peau (Gluck). Dans un cas, les lésions cutanées habituelles se sont compliquées d'ulcérations (Lane). Enfin, certaines éruptions s'étendent au visage, au cou, au tronc, aux membres; les autres prennent le tronc seulement (Schramek-Terebinsky-Bruck-Lane-Ormsby).

On a, semble-t-il, réuni sous ce nom de poikilodermie vasculaire atrophiante, des affections différentes qui n'ont qu'un terme commun: la distribution en réseaux d'une éruption aboutissant à l'atrophie et à la pigmentation. Les lésions microscopiques signalées par les auteurs sont celles que laissent prévoir l'aspect clinique; et elles ne fournissent aucun élément qui puisse apparenter tous ces faits et servir à caractériser le groupe. Celui-ci est donc probablement destiné à être démembré un jour.

Sous cette réserve et à condition de les séparer des autres, on peut y faire rentrer les trois cas que j'apporte. La limitation, le siège de l'éruption, et la formule histologique de la lésion suffisent déjà à les classer à part. De plus la guérison rapide, amenée dans les deux derniers par le même traitement opothérapique, permet d'envisager pour les trois une pathogénie bien déterminée où des troubles surrénaliens joueraient le premier rôle.

Si cette hypothèse s'avérait, la dénomination de *poikilodermie surrénalienne*, conviendrait parfaitement aux faits de ce genre. Il est plus prudent de rester encore sur le terrain de la clinique et d'attendre que de nouvelles observations viennent fournir la preuve de cette origine endocrinienne et surrénalienne. On pourrait jusque-là adopter pour cette variété de poikilodermie, le nom de *poikilodermie réticulée pigmentaire de la face et du cou*. Il est très voisin de celui que Jacobi a donné à sa dermatose, et en diffère cependant. Il rapproche, sans les confondre, deux types cliniques qui présentent des ressemblances incontestables, mais aussi des différences importantes.

BIBLIOGRAPHIE

- BETTMANN. — Poikiloderma atrophicans vascularis. *Archiv. f. Dermat.*, t. CXXIX, p. 106, 1921.
- BRUCK. — Poikiloderma atrophicans vascularis. *Dermat. Wochensch.*, t. LXVIII, p. 369, 1919.
- CAPPELLI. — Poikilodermie atrophicans vascularis. *Giorn. ital. delle malatt. ven.*, 1921.
- GLUCK. — Poikiloderma atrophicans vascularis. *Archiv. f. Dermat.*, t. CXVIII, p. 113, 1913.
- JACOBI. — Poikiloderma atrophicans vascularis. *Verhandl. d. deutsch dermatol., Gesellsch.*, IX^e congr. Berne, septembre 1906 et *Iconographie dermat.*, 1908, fasc. III, p. 95.
- LANE. — Poikiloderma atrophicans vascularis. *Archiv. of Dermat.*, novembre 1921, p. 563.
- MULLER. — Poikiloderma atrophicans vascularis. *Archiv. f. Dermatol.*, t. CIX, p. 501, 1911.
- ORMSBY. — Poikilodermie atrophicans vascularis. *J. of cut. diseases*, t. XXXV, p. 112, 1917.
- PETGES et CLEJAT. — Sclérose atrophique de la peau et myosite généralisée. *Ann. de Dermat.*, p. 550, 1906.
- SCHRAHEK. — Poikiloderma atrophicans vascularis. *Arch. f. Dermatol.*, t. CXV, p. 394, 1913; t. CXIX, p. 302, 1914.
- TEREBINSKY. — Poikiloderma atrophicans vascularis. *Russk. Vrach.*, t. XV, p. 1057, 1916.
- ZINSSER. — Poikiloderma atrophicans vascularis. *Iconograph. Dermat.*, 1910, fasc. V, 1910.
-

REVUE DE DERMATOLOGIE

Cuir chevelu.

Les diagnostics incomplets dans les affections du cuir chevelu, par M. SABOURAUD. *Presse Médicale*, 14 janvier 1923.

« Un cuir chevelu malade ne doit pas être examiné sur le seul point qu'on croit malade. il doit être examiné sur toute sa surface, universellement ». Rien n'est plus fréquent que la coexistence de deux affections morbides sur le même cuir chevelu. S. montre par des exemples qu'il ne faut pas s'en tenir à un diagnostic ferme, mais qu'on doit s'assurer qu'il n'y en a pas un autre à faire. Il faut toujours en présence d'alopecie diffuse penser à l'alopecie syphilitique. H. RABEAU.

Sur la question des plicatures du cuir chevelu, et particulièrement sur la *cutis verticis gyrata* (Zur Frage der Faltenbildung der Kopfhaut, insbesondere der *cutis verticis gyrata*), par H. FISCHER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXLI, p. 251.

Après un court historique des travaux récents depuis Jadassohn et Unna, F. réunit quelques faits anciens (Alibert, etc.) où il existait en plus des plicatures des altérations pathologiques du cuir chevelu. Il indique que dans la littérature consacrée aux aliénés et aux dégénérés on découvre aussi mention de plicatures (souvent longitudinales). Enfin, depuis Verrès, on a signalé des cas où des lésions inflammatoires étaient associées à la *cutis gyrata*. Enfin, reste la catégorie la plus nombreuse, celle qui comprend les cas indemnes d'inflammation.

Une dernière catégorie comprend des faits où il s'agit bien probablement de *naevi mollusciformes* du cuir chevelu (Il en donne une nouvelle obs.) Ajoutons la mention de plicatures chevelues constatées chez les acromégaliques.

F. connaît 128 cas publiés sur 19 examens histologiques, qui mentionnent des altérations inflammatoires et, 6 fois la structure du *naevus*. Enfin, il rappelle les téguments plicaturés de certains animaux, et la peau plicaturée du front et des pariétaux chez certains sauvages.

Il conclut en divisant les lésions envisagées en 2 classes :

1° Plicatures dues à un épaissement pathologique de la peau, l'inflammation, hyperplasie conjonctive, néoplasies diverses, altérations dégénératives définies telles que myxoedème, etc.

2° Plicatures de la peau normale trop large pour les surfaces qu'elle recouvre, qu'il faut considérer comme une anomalie du développement.

CH. AUDRY.

Dermatites.

Dermatite réticulaire. (Über *Dermatitis reticularis*), par HERXHEIMER et KOPFENHEFER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXLI, p. 316.

Il s'agit d'une lésion caractérisée par un réseau rouge et faiblement inflammatoire cliniquement et histologiquement développé sur la

peau du tronc, avec séquelle de pigmentations également réticulées. H. et K. en donnent cinq observations avec examen histologique.

Ils rapprochent ces cas des faits signalés par Gassmann au cours d'états ichtyosiques, et de quelques autres observations antérieures.

Le développement en est accentué ou déterminé par les bains sulfureux, etc.

Ils admettent qu'il s'agit là d'une forme morbide particulière sans gravité, et qui guérit bientôt spontanément. CH. AUDRY.

Dermatite chronique atrophiante, probablement de nature tuberculeuse (*Dermatitis cronica atrophians, di probabile natura tuberculare*), par DUCREY. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 596, avec photographies.

D. T., 37 ans, domestique, entré à la clinique le 5 octobre 1921. Antécédents : une ostéomyélite de la main et de l'avant-bras droit qui dura environ 10 ans, avec foyers multiples ; réglée à 15 ans ; aménorrhée de 3 mois au moment du début de la maladie cutanée, à l'âge de 16 ans. La maladie a commencé par des taches mal limitées, un peu hyperémiques et rapidement avec des *stries* peu marquées à leur surface, atrophie légère, et très faible desquamation. Avec l'accentuation de ces caractères, les taches s'étendent, desquamant davantage et il se développe une atrophie avec *plissement fin* et spécial de la surface de la peau. Celle-ci devient d'un rouge violacé brunâtre par l'hyperémie, l'ectasie vasculaire et la pigmentation avec petites taches d'un rose vif, en réseau, et avec transparence du réseau vasculaire superficiel. Tel paraît être le premier stade de l'affection. Elle a débuté sans cause appréciable à la face palmaire de l'avant-bras droit par un élément arrondi, avec chaleur et prurit léger. Plus tard, la tache devient brunâtre, et la peau amincie. D'autres éléments parurent aux jambes, aux creux poplités et à la cuisse droite. Quatre ou cinq ans après, elle prit une plus grande extension avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation sur les deux membres supérieurs, diverses parties du cou et du tronc, du rein, de l'abdomen, des membres inférieurs, enfin les fesses. Dans cette marche on observe les caractères suivants : légère coloration rose, fine desquamation, plissement léger de la peau. Comme symptômes généraux, fièvre fréquente, le soir, à température peu élevée, 37°5, crises gastralgiques à trois reprises, assez longues, troubles de la menstruation. La dermatoscopie permet de reconnaître que l'affection progresse en déterminant à la fois de l'inflammation et de l'atrophie, même dans les points où la peau cliniquement paraît normale. Histologiquement il y a atrophie et perte des fibres élastiques et production d'un processus de granulome avec dilatation vasculaire, infiltration de lymphocytes et de plasmazellen. La séro-réaction fut négative mais l'injection hypodermique de 1 cm³ de tuberculine ancienne à 1/10000 fut positive. Ducrey croit pouvoir définir ce cas avec le nom de dermatite chronique atrophiante probablement de nature tuberculeuse. Cette affection, observée pour la première fois en Italie se détache du groupement des affections telles que l'atrophie

diffuse ou circonscrite de la peau, anéodernie, poichilodermie, acrodermatite chronique atrophiante. Dès le début elle est progressive, tend à la généralisation, avec des caractères constants et uniformes pendant sa marche; elle paraît affecter plus particulièrement le sexe féminin avec des troubles de la menstruation. F. BALZER.

Sur une dermatite végétante à petites pustules (Ueber eine kleinpus-
tulöse vegetirende Dermatoze, par F. FISCHL (*Archiv für Dermatologie-
und Syphilis*, 1922, t. CXXXIX, p. 154).

Il s'agit d'une observation de la maladie signalée par Hallopeau (dermatite pustuleuse chronique à progression excentrique, etc). Il s'agit d'une femme de 29 ans, dont la maladie date de 11 ans et qui est en observation depuis huit ans et qui finit par mourir de tuberculose pulmonaire. Autopsie, figure, etc. L'examen radiologique avait montré de l'ostéoporose des os des mains d'ailleurs relativement atrophiées. Eosinophilie. Dans les derniers jours de la vie, les manifestations pustuleuses avaient à peu près complètement disparu.

F. rappelle les observations publiées et s'attache à discuter la question de savoir si la maladie d'Hallopeau doit être considérée comme une pyodermite végétante ou si elle doit être rangée parmi les maladies du groupe pemphigus et en particulier du pemphigus végétant de Neumann.

F. se rattache à cette dernière hypothèse, en admettant d'ailleurs qu'il faut lui reconnaître une place distincte. CH. AUDRY.

Dermatite herpétiforme chez l'enfant (Dermatitis herpetiformis in children), par OLIVER et ELDRIDGE, *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 1^{er} avril 1922, p. 945.

Les deux enfants, atteints de maladie de Duhring typique, avaient 10 ans et 18 mois. Chez le plus jeune la liqueur de Fowler avait une action indéniable : l'éruption s'atténuait régulièrement toutes les fois que l'enfant reprenait de la liqueur et récidivait dès qu'on arrêtait le traitement.

S. FERNET.

Dyskératose.

Un cas d'une dyskératose particulière (épidermodysplasie verruiforme). Ein Fall von eigenartiger Dyskeratose (Epidermoplasia verruciformis), par H. FUCHS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1921, t. 141, p. 225.

Une seconde observation typique de la maladie décrite par Levandosky et Lutz, prise chez une femme de 21 ans (l'auteur compare l'aspect à celui de verrues planes juvéniles). CH. AUDRY.

Encéphalite léthargique.

Herpès dans l'encéphalite léthargique, par M. A. NETTER. *Société Médicale des hôpitaux*, séance du 15 juillet 1921.

Alors que les recherches récentes établissent la présence dans le liquide des vésicules d'herpès d'un virus susceptible de provoquer

l'apparition de symptômes et de lésions analogues à ceux que provoque l'inoculation au lapin du virus de l'encéphalite, et que d'autre part les lapins qui ont résisté à l'inoculation du virus de l'encéphalite sont réfractaires au virus de l'herpès et réciproquement, l'apparition de l'herpès dans l'encéphalite est rare. Sur 180 malades observés N. ne l'a rencontré que 2 fois. Mais ce fait n'est pas constant et dans la région de Beaune, Parisot a observé trois malades atteints d'encéphalite chez lesquels il a constaté de l'herpès labial. H. R.

Encéphalite léthargique. Apparition d'une hémiplegie le surlendemain d'une ponction lombaire pratiquée soixante dix jours après le début. Influence déchainante possible de la ponction lombaire, par A. NETTER. *Société Médicale*, 1^{er} juillet 1921.

N. publie l'observation de cette malade chez laquelle survint le lendemain de la ponction une céphalée du côté droit, et le jour suivant une paralysie faciale gauche suivie en quelques heures d'une paralysie du bras et de la jambe du même côté. A ce propos l'auteur discute l'action déchainante possible de la ponction lombaire, s'appuyant sur les expériences de Flexner et de ses élèves. Il conclut que « la ponction lombaire si utile pour le diagnostic et le traitement peut avoir un effet fâcheux dans certains cas soit en provoquant les progrès de la maladie en cause, soit en favorisant une infection méningée. Il s'agit selon toute probabilité de complications assez rares. Il faut cependant connaître leur éventualité : elle impose, à notre avis, l'obligation de ne pratiquer la ponction lombaire que dans les cas où elle est nécessaire pour le diagnostic et le traitement » H. R.

A propos d'une communication de M. Netter intitulée « Encéphalite léthargique », par M. P. RAVAUT. *Société Médicale*, séance du 22 juillet 1921.

A propos de cette observation, l'auteur fait les objections suivantes :

1^o *Faits cliniques.* — C'est la première fois que R. observe des accidents de cet ordre à la suite de ponction lombaire. Au contraire il est fréquent de voir les accidents se succéder pendant un temps assez long sans ponction lombaire au cours de l'encéphalite. L'existence d'une réaction méningée très nette montre dans le cas présent que les lésions n'étaient pas éteintes.

2^o *Faits expérimentaux.* — Les auteurs américains ont pu provoquer une encéphalite en traumatisant les méninges, mais chez les petits animaux de laboratoire la simple compression des jugulaires a été suffisante pour obtenir le même résultat. Il semble donc très discutable d'invoquer le rôle déchainant de la ponction lombaire.

3^o *Faits professionnels.* — La ponction lombaire était nécessaire pour déterminer s'il s'agissait d'une méningite syphilitique. L'examen du sang n'eut pu l'éviter, car comme R. l'a montré, en 1907, on ne saurait conclure d'un Wassermann du sang négatif à l'intégrité du système nerveux. Seule l'analyse du liquide céphalo-rachidien est capable de cette précision. H. R.

Epidermolyse.

Sur l'épidermolyse bulleuse héréditaire (Zur Frage der Epidermolysis bullosa hereditaria, par K. MAYR et KATZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXXXIX, p. 215.

Deux cas observés chez un frère et une sœur dont l'un présentait des dystrophies, des altérations originales, et l'autre de simples bulles. Il n'y a donc pas lieu de séparer les deux formes.

CH. AUDRY.

Erythèmes.

L'érythème noueux, par E. GUEISSAZ, *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1921 nov., p. 605 et 689.

Revue de 300 cas d'érythèmes noueux traités à la Polyclinique universitaire de Lausanne. Gueissaz conclut à l'existence, à côté des érythèmes noueux secondaires (tuberculeux, syphilitique, toxiques, etc.) relativement rares, d'un érythème noueux idiopathique ayant tous les caractères d'une maladie infectieuse, exanthématique. Cette affection, fréquente surtout entre 5 et 20 ans, est saisonnière, contagieuse et immunisante; si elle atteint fréquemment les tuberculeux, la preuve de sa nature bacillaire n'est cependant pas faite; l'agent pathogène en est inconnu (Etude clinique, sans recherches histologiques, ni bactériologiques).

H. JAEGER.

Epidémie familiale d'érythème noueux et de miliaire. Origine commune fréquente des deux éruptions, par M. A. GENDRON. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 11 novembre 1921.

Dans une même famille G. a observé 6 enfants qui ont présenté à quelques jours d'intervalle des phénomènes infectieux suivis de réactions cutanées variées: érythème noueux chez 2 enfants, éruption miliaire de papulo-vésicules chez 2 autres, éruption associée d'érythème noueux et de miliaire chez un autre. Le 6^e enfant n'eut aucune éruption.

G. conclut que l'éruption de papulo-vésicules miliaires peut, dans certains cas, revendiquer la même origine infectieuse que l'érythème noueux.

H. R.

Erythème noueux au cours d'une septicémie à pneumocoques, par M. SACQUÉFÉE. *Société médicale des hôpitaux*, séance du 25 novembre 1921.

L'infection a débuté sans brusquerie, courbature, fièvre modérée, rachialgie. 6 jours après, éruption débutant au niveau des genoux, puis gagnant les jambes. Appareil respiratoire normal. 2 jours plus tard, éruption zostérioriforme de la nuque, puis nouveaux éléments nodulaires au niveau des avant-bras. A ce moment hémoculture qui donne une culture de pneumocoques type I. Absence de toute lésion pulmonaire à l'auscultation et à la radiographie.

Il est admis que le pneumocoque manifeste une électivité particulière pour le tissu pulmonaire; la réalité des recherches récentes semblent établir que dans la pneumonie, le pneumocoque pénètre par les voies

respiratoires; les lésions pulmonaires ne représentent dès lors qu'une réaction défensive au point d'introduction du germe et non une localisation élective au cours d'une septicémie préalable. On conçoit dès lors qu'une septicémie pneumococcique ne s'accompagne pas forcément de manifestation spéciale sur le poumon. H. R.

Sur deux cas d'érythème exsudatif chez des femmes atteintes de tumeurs malignes de l'utérus (Ontwo cases of exudative erythema associated with malignant disease of the uterus), par DAVIS. *The British Journ. of Dermat.*, janv. 1922, p. 12.

Il existe une relation indéniable entre les affections et les perturbations génitales de la femme et certaines dermatoses. On connaît des affections cutanées aggravées par les règles (acné) ou survenant uniquement à l'occasion des règles (herpès cataménial); on connaît des dermatoses liées à l'état de grossesse (certains eczémas, herpès gestationis), etc. D. rapproche de ces faits deux cas d'érythème bulleux survenus à l'occasion de tumeurs malignes de l'utérus.

S. FERNET.

Erythème polymorphe récidivant avec lésions des muqueuses (Über einen Fall von rezidivirendem Erythema exsudativum multiforme mit vorwiegender Lokalisation an der Schleimhäuten), par L. WIRTHEIM. *Dermatologische Wochenschrift*, 1922, t. XXXVI, p. 125.

Dans ce cas, la porte d'entrée était probablement une fistule dentaire. Amélioration rapide après de petites doses de salvarsan.

CH. AUDRY.

Sur une variété de toxycodermie septique (Erythème septicotoxique) (Über eine Art Septikotoxikodermie (Erythema septicotoxicum), par C. TANIMURA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXLI, p. 41.

Il s'agit d'une variété d'érythème pustuleux participant de l'impétigo herpétiforme et de l'érythème polymorphe, occupant la peau et les muqueuses, s'accompagnant de phénomènes généraux intenses (fièvre, etc.). La maladie se répartit en poussées violentes durant quelques semaines et se reproduisant à des intervalles qui peuvent dépasser plusieurs mois. L'examen histologique, la recherche des microbes ne révèlent rien de déterminé. Plus fréquente chez l'homme, on peut le rencontrer chez la femme. Guérison habituelle.

Suit un diagnostic différentiel d'avec les variétés connues d'éruptions de ce genre.

CH. AUDRY.

Erythème persistant micro-circiné (Ein Fall von Erythema mikrogyratum persistans, par R. STREMPER. *Dermatologische Zeitschrift*, 1922, t. XXXVI, p. 63.

Une fille de 12 ans, présente depuis 2 mois une stomatite, des poux, un peu d'albumine et une éruption très disséminée (face, tronc, cuisses, etc.), constituée par des taches rouges, rondes ou agglomérées en placards circinés à petits contours d'un rouge-brun, laissant une couleur jaunâtre à la pression. Au microscope, dilatation vasculaire, surtout veineuse, infiltrats périvasculaires, microphlébite.

S. rappelle à ce propos quelques observations antérieures d'érythème persistant plus ou moins comparables. En somme érythème d'origine indéterminée, toxique ou infectieuse, remarquable par sa morphologie et la persistance de ses lésions. CH. AUDRY.

Erythème annulaire, exanthème caractéristique dans l'endocardite. (Erythema annulare. Ein typisches exanthem bei Endokarditis), par LEHNDORFF et C. LEINER. *Zeitschrift für Kinderheilkunde* 1922, t. XXXII, p. 46. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1922, t. V, p. 228.

Il s'agit d'un érythème annulaire caractéristique de l'endocardite, observé sur des enfants jusqu'à l'âge de 14 ans. Il s'agit d'efflorescences arrondies infiltrées, à bords étroits, livides, confluentes et polycycliques, jamais papuleuses, presque toujours limitées au tronc, qui s'effacent toujours complètement après un temps plus ou moins long. Il est toujours associé à une endocardite. CH. AUDRY.

Erythrodermie.

Erythrodermie angioectasique aux membres et à la face d'origine probablement endocrine (Sopra un caso di eritrodermia angio-ectasica circoscritta agli arti e alla faccia da probabile origine endocrina), par MAJOCCHI. *Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 134.

Jeune fille de 17 ans, ouvrière, de petite taille (1 m. 36), avec scoliose dans la région dorsale. Elle présente une rougeur diffuse de la face et des membres inférieurs, d'une teinte livide occupant surtout les cuisses et les pieds. Sur cette érythrodermie diffuse apparaissent des éléments papuloïdes, circinés, annulaires, etc., plus ou moins transitoires; certains capillaires vérifiés, après onction de la peau avec l'essence de térébenthine, avec le microscope cutané de Muller. La pression artérielle mesure de 210 à 220 mm.; plus tard par l'action de la thyroïdine, elle s'abaisse graduellement à 180 mm., pour remonter à 205 et 215 mm. après la cessation du médicament. Pour cette raison Majocchi croit que cette érythrodermie angioectasique a sans doute une origine endocrine, opinion qui s'appuie encore sur la constitution débile, le nanisme de la malade. F. BALZER.

Erythrodermie lymphatique (Lymphoblastic erythrodermia), par SEQUEIRA et PANTON. *The British Journ. of Dermat.*, décembre 1921, p. 391.

Les auteurs citent les observations de trois cas caractérisés par une érythrodermie généralisée et par une formule sanguine particulière. Ils pensent qu'il s'agit là d'un syndrome distinct devant être individualisé à côté des autres érythrodermies et du mycosis fungoïde.

L'étiologie de cette affection est inconnue, rien ne permet de l'attribuer à une infection, une intoxication ou un trouble du métabolisme. Elle est caractérisée par une érythrodermie exfoliante généralisée, par l'absence de kératodermie palmaire et plantaire, par un prurit violent, une hypertrophie plus ou moins généralisée des ganglions lymphatiques superficiels sans hypertrophie splénique et, enfin, par une leuco-

cytose moyenne (ne dépassant pas 30.000) et une formule leucocytaire modifiée : lymphocytes de 42 à 75 o/o, polynucléaires de 15 à 36 o/o.

Les auteurs proposent de donner le nom d'*Erythrodermie lymphatique* à ce syndrome qui se distingue des érythrodermies leucémiques et pseudo-leucémiques par sa formule sanguine et du mycosis fongoïde par l'absence de tumeurs, la formule sanguine, la structure histologique et l'inefficacité des rayons X.

S. FERNET.

Une famille atteinte d'érythrodermie congénitale ichtyosiforme hyperépidermotrophique de Brocq (Una familia afectada de Eritrodermia congenita ictiosiforme hiperepidermotrofica de Brocq), par FROILANO DE MELLO et P.-L. DE SOUZA DE NORONHA. *Archivos Dermo-Sifiliograficos* (Madrid), juin 1921, p. 13.

L'observation porte sur trois frères ; le père avait, paraît-il, présenté la même anomalie cutanée. Elle s'est manifestée dès la naissance par une légère rougeur du tégument et des hyperkératoses localisées. Observés à des âges variant de 7 à 9 ans, les malades présentent une érythrodermie plus ou moins intense de la face, une desquamation en lamelles de collodion et des hyperkératoses soit circulaires, soit losangiques, découpées suivant les plis normaux de la peau. Mais comme les auteurs le signalent eux-mêmes, le cas diffère de la description de Brocq par l'absence d'hyperkératose des plis de flexion.

PELLIER.

Gale.

A propos de la gale du chat chez l'homme (A proposito dell' acariasi felina nell' uomo), par BARBAGLIA. *Giorn. ital. delle mal. vener. e della pelle*, fasc. IV, p. 420, 1921.

La femelle du sarcoptes minor du chat ne creuse pas de sillon dans l'épiderme de l'homme, mais elle arrive pourtant à se faire une petite retraite de forme ovoïde dans laquelle elle cherche à rester sans y parvenir complètement et sans pouvoir s'y reproduire. L'auteur fait observer que Thibierge et Stiassnie ont observé de même des acares cachés sous les papules de la gale qu'ils provoquent chez l'homme.

F. BALZER.

Généralités.

La dermatoscopie (La dermatoscopia. Studio clinico delle dermatosi, par MELDOLESI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 565.

C'est l'utilisation du procédé de Lombard (1912) qui observa que la friction de la peau avec l'huile de cèdre ou de girofle et l'éclairage latéral, montraient les capillaires des papilles. L'auteur s'est servi d'un microscope ordinaire avec une lampe éclairant à une incidence de 45°, avec une intensité moyenne. Il a étudié ainsi une douzaine de dermatoses : syphilo-sclérose initiale, ulcères simples contagieux, érythèmes, dermatite exfoliante, acariase du grain, acné rosacée, mycosis fongoïde, lèpre, sarcomatose de Kaposi, xanthome, etc... Il faut avoir soin

de choisir les éléments les plus jeunes pour pouvoir apprécier l'hyperémie et les réseaux vasculaires, les sillons, plus ou moins profonds, les opacités, etc... Le procédé permet aussi d'étudier le sillon de la gale (Majocchi).

F. BALZER.

La dermatoscopie dans quelques maladies cutanées (Über dermatoskopische Untersuchungen bei verschiedenen Hautkrankheiten), par P. Hess. *Dermatologische Zeitschrift*, t. XXXVI, f. 2, p. 71, 1922.

Méthode inaugurée par Hueter, perfectionnée par Unna, Darier, Saphier et d'autres. H. l'a utilisée surtout pour l'étude des vaisseaux papillaires et profonds, des infiltrats inflammatoires ou pigmentaires, et des éléments essentiels de chaque dermatose. Appliquée à l'eczéma, au psoriasis (où l'image papillaire est particulièrement nette et belle), au lichen plan, etc., la dermatoscopie montre que les maladies aiguës et résolutives sont caractérisées surtout par des images vasculaires papillaires, à disposition radiaire. Dans les maladies chroniques, au contraire, disparition du réseau papillaire, prédominance du lacis profond, avec ou sans anomalies cornées ou pigmentaires. Dans le lupus érythémateux, le lupus vulgaire, l'acné rosacée et la syphilis tertiaire, les images sont semblables : plages sombres en rapport avec les infiltrats dermiques ou les formations cornées folliculaires, et entourées d'un réseau profond plus ou moins régulier. Sa valeur diagnostique est donc minime. Les érythèmes purs donnent une image vasculaire nette, qui se trouble dans les érythèmes urticariens. La dermatoscopie peut rendre de réels services dans la gale ; elle est inutilisable dans les hyperkératoses. En somme, cette méthode reste, sauf perfectionnement, d'une utilité restreinte et elle doit passer bien après l'histologie dans les cas difficiles.

L. CHATELLIER.

Sur les lésions de la peau chez les gens âgés, et particulièrement sur les altérations artérielles (Zur pathologischen Anatomie der Haut in Alter, mit Berücksichtigung, der Arterienveränderungen), par E. SAALFELD. *Archiv. für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXII. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 27.

S. a examiné au point de vue des altérations artériosclérosantes de la peau 9 des fragments de peau pris sur 9 vieillards et 1 jeune sujet. Dans 4 cas, il trouva des altérations des petites artères cutanées, dans la peau du pied, 1 fois en même temps de l'artério-sclérose de la peau de la poitrine. Dans ces 4 cas, il existait ailleurs de l'artério-sclérose généralisée. Ces altérations siègent dans les couches profondes du derme.

CH. AUDRY.

Structure de l'épiderme (Bau des Epidermis), par KREIBICH. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXLI, p. 60.

K. pour répondre à Friboes qui considère comme étrangers aux cellules malpighiennes et d'origine mésodermiques les filaments unitifs, décrit et figure des cellules où il montre l'existence d'une membrane extérieure traversée ou refoulée par les filaments émanés du protoplasma même, etc.

CH. AUDRY.

A propos de quelques questions d'anatomie microscopique de la peau (Intorno ad alcune questioni di anatomia microscopica della pelle), par L. MARTINOTTI, *Giornale Italiano delle Malattie veneree e della Pelle*, 30 novembre 1920, p. 594.

La membrane basale de l'épiderme a été tour à tour admise et niée par les auteurs. M. pense que, au lieu de cette soi-disant membrane, existe un fin feutrage de fibrilles présentant rarement les réactions colorantes des fibrilles épidermiques, parfois celles du tissu élastique et presque toujours celles du tissu conjonctif.

M. admet, au contraire, l'existence de la membrane des cellules épidermiques. Les fixations aux bichromates — particulièrement ceux de magnésie et de lithium — la mettent bien en évidence.

La kératohyaline, dont certains ont soutenu l'origine purement nucléaire, peut aussi prendre naissance au sein du protoplasma cellulaire.

PELLIER.

Etude clinique et histologique des altérations pathologiques du tissu élastique de la peau (Clinical and pathological Studies on the pathological changes in the elastic tissues of the skin), par KISSMEYER et WITH. *The British Journal of Dermat. and Syph.*, juin 1922, p. 176 et juillet p. 221.

Revue générale et étude personnelle des dégénérescences du tissu élastique de la peau. Les examens de K. et W. portent sur les atrophies séniles de la peau : atrophie simple, atrophie colloïde, élastome diffus et sur divers processus pathologiques de la peau s'accompagnant de dégénérescence du tissu élastique : cicatrices traumatiques et inflammatoires, cicatrices après greffes, etc. Elles paraissent démontrer que les dégénérescences spéciales du tissu élastique décrites dans les altérations séniles de la peau et dans le pseudo-xanthome élastique ne sont pas absolument pathognomoniques et qu'on peut les observer, à des degrés plus ou moins marqués, dans les cicatrices de diverses lésions de la peau.

S. FERNET.

Œdème humain (Das menschliche Edem), par SAMBERGER. *Archiv für Dermat. und Syph.*, 1921, t. CXXXII. Analysé in *Zentralblatt für Haut-und Geschlechtskrankheiten*, 1921, t. II, p. 27.

S. distingue un œdème mécanique par afflux de la lymphe à travers des capillaires normaux, et un œdème transsudatif dans lequel les tissus sont imbibés d'un liquide tout à fait différent de la lymphe venu à travers des capillaires malades ou détruits.

CH. AUDRY.

Epreuves endocrinologiques et pharmacodynamiques dans quelques maladies de la peau (Prove endocrinologiche e farmacodinamiche in alcune malattie della pelle), par CALCARO. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 137.

Etude générale intéressante de l'ensemble des maladies du système endocrino-sympathique, dans leurs rapports avec la dermatologie.

F. BALZER.

Un cas de dysendocrisie pluriglandulaire avec un nouveau symptôme à la peau, par K. GAWALOWSKI. *Acta dermato-venereologica*, 1921, t. III, p. 370.

Femme de 26 ans, atteinte de crises épileptiforme, dont la peau est épaissie, raide, squameuse; oreilles suintantes; la radiographie indique une dilatation de la selle turque, une persistance du thymus et de l'hypertrophie des os de la main. Chute des poils. G. admet qu'il y a en ce cas hypothyroïdisme, hyperpituitisme, hypovarioïdisme et hyperthymisme.

A ce propos, il résume les connaissances actuelles sur les actions réciproques des diverses anomalies endocriniennes. CH. AUDRY.

Manifestations cutanées dans les hémato blastoses (Le manifestazioni cutanæ nelle emoflastosi), par S. MARTINOTTI, Rapport à la XVI^e Réunion de la Société italienne de Dermatologie et de Syphiligraphie (décembre 1919), paru in *Tumori*, t. VIII, fasc. 1.

Par hémoblastose, s'entendent affections leucémiques, aleucémiques et leucémoïdes. Il faut grandement louer M. d'avoir eu le courage d'accepter ce travail et de s'en être aussi bien tiré.

Il va de soi qu'il s'agit là d'une vaste revue générale qui ne peut être analysée. Voici seulement la classification, ou plutôt le mode de distribution adopté :

Première partie : 1^o Processus parenchymateux hyperplastiques chroniques (leucémie et leucose chronique, divisés en lymphoïdes (lymphodénose leucémique chronique; leucémie plasmo-cellulaire, lymphadénose aleucémique) et myéloïdes (leucémiques et aleucémiques);

2^o Processus parenchymateux hyperplastiques sarcoïdes aigus et subaigus (lymphoïde, myéloïde, monociloïde, leuco-sarcomatose, schlerome).

3^o Processus pseudo-néoplasiques et néoplasiques (myélomes, lymphosarcomes).

4^o Granulome et granulomatoses (de l'appareil lympho-myélopoïétique, ou de l'appareil cutané);

5^o Maladies leucémoïdes (leucanémies, anémie pseudo-leucémique, état lymphatique, syndrome de Mickulickz).

II^e Partie : Types variés des manifestations cutanées :

1^o Toxycodermie;

2^o Infiltrats;

3^o Lésions des muqueuses et des annexes.

III^e Partie : Diagnostique, pronostic.

IV^e Partie : Etiologie.

V^e Partie : Traitement.

La bibliographie contient plus de 1.200 indications.

CH. AUDRY.

Sur les dermatoses généralisées du nourrisson (Ueber universelle Säuglings dermatosen), par C. LEINER. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1922, n^o 38, p. 751.

S. rappelle l'érythrodermie de Ritter et ses rapports avec le pemphigus du nouveau-né, la dermatose de macération, ou dermatite exfoliative simple, différente du Ritter par sa marche et sa bénignité. Il passe ensuite en revue les érythrodermies d'origine séborrhéique. Enfin, il décrit plus longuement l'érythrodermie desquamative dont il a lui-même donné jadis la description. A sa description initiale, il ajoute quelques données nouvelles : détérioration de l'état général, mauvais développement ultérieur des enfants; anémie, œdèmes, ces derniers d'un mauvais pronostic (Eliasberg). La pathogénie en reste très obscure.

CH. AUDRY.

Un nouveau mode de protection contre les méfaits de la lumière (Ein neues Schutzmittel gegen Lichtschäden), par EDEL et L. FRUND. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1922, n° 32, p. 681.

Jadis F. a recommandé une pommade à l'esculine comme protégeant efficacement la peau contre l'influence délétère des rayons chimiques de la lumière par absorption des rayons ultra-violets. E. et F. obtiennent des résultats encore meilleurs en utilisant les sulfo-acides de naphтол et leurs sels.

CH. AUDRY.

Gommes

Cas de gommes tuberculeuses cutanées multiples simulant au début un érythème noueux contusifforme (Sopra un caso di gomme tubercolari cutanee multiple simulant all'inizio un'eruzione di eritema nodoso contusifforme), par CALDAROLA. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 654.

Jeune fille de 15 ans, de parents sains. En pleine santé, en mars 1920, frissons et fièvre à 38°5, avec douleurs rhumatoïdes, éruption sur les jambes de taches violacées, d'aspect noueux, peu douloureuses, qui gagnent en 15 jours les cuisses, les hanches, les fesses, les avant-bras, plus un élément à la face. Ces nodosités grandissent, deviennent plus dures. Une synovite au tendon d'Achille gauche se produit et certains éléments des jambes deviennent hémorragiques. L'examen clinique et radioscopique du thorax révèle une infiltration hilare du poumon droit. Plus tard, certaines nodosités évoluent vers la résolution, la majeure partie, en un mois, se ramollissent, évacuent leur contenu par des ulcérations tuberculeuses qui donnent en se réparant des cicatrices irrégulières, avec nodules qui par l'examen clinique et histologique, doivent être considérés comme tubercules lupiques.

Résultat positif de la cuti-réaction à la tuberculine de Koch. Réaction de Wassermann négative. La biopsie montre des nodules d'infiltration avec cellules géantes. Les inoculations aux cobayes donnent des résultats positifs, tuberculisation avec grande abondance de bacilles de Koch. Une telle tuberculisation des éléments manque dans l'érythème noueux simple : celui-ci est plus douloureux, moins infiltré à sa périphérie; il ne subit pas le ramollissement et l'ulcération des gommes tuberculeuses.

F. BALZER.

Granulome annulaire.

Sur un cas de granulome annulaire (Ueberein Fall von granuloma-annulare), par D. KENEDY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 70.

Un cas typique chez un diabétique de 60 ans. Guérison par la radiothérapie.

CH. AUDRY.

Granulosis rubra nasi.

Granulosis rubra nasi, par DUCREY. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 636. 2 figures.

Décrite en 1900 par Luithlen, étudiée ensuite par Hermann, Jadasohn, etc... cette affection n'est pas rare chez les enfants et l'auteur en rapporte deux nouveaux cas à propos desquels il en donne une étude générale. Cette affection est familiale; l'hyperhydrose locale peut manquer, il reste l'érythème et quelques papules ou papulo-vésicules. Les examens histologiques qu'il a faits indiquent que l'affection ne dépend pas des glandes sudoripares qui sont normales. Elle dépend d'une altération de la circulation, d'un érythème survenant chez des sujets lymphatiques, sujets aux érythèmes pernio des extrémités, à l'hyperémie passive suivant un processus inflammatoire chronique entretenu par divers agents toxiques peut être d'origine alimentaire ou infectieuse. Dans les deux cas de Ducrey les petits malades avaient des végétations adénoïdes du nez. L'hyperhydrose locale habituelle ne dépend que d'un trouble fonctionnel. L'affection disparaît avec la puberté et l'amélioration de l'état général. Les ablutions chaudes, les pommades à l'adrénaline, etc.. ont peu d'effets; de meilleurs résultats peuvent être obtenus avec la radiothérapie prudente. F. BALZER.

Herpès.

Herpes gestationis suivi d'Herpes menstrualis; éruption herpétique transitoire chez le fœtus, par TOMMASI. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 669.

A sa quatrième grossesse une femme présente un *herpes gestationis* commun. A la cinquième grossesse, l'herpès se reproduit et se généralise pendant les couches, et ensuite à chacune des règles apparaît un *herpes menstrualis* qui continue actuellement depuis 18 mois. L'enfant est né avec une éruption d'herpès congénital semblable à celle de la mère et qui dura quelques jours. F. BALZER.

Contribution à l'étude de l'étiologie de l'herpes simplex, par FONTANA. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. II, 1922, p. 96.

Fontana dans deux cas a inoculé l'herpès labial à l'avant-bras, après 48 heures d'incubation; avec le liquide des vésicules il a obtenu des résultats positifs en scarifiant la cornée de lapins et de cobayes. De plus, il a obtenu des vésicules sur la peau d'un malade syphilitique, avec le liquide de vésicules provenant de la cornée herpétique du lapin. Les vésicules de ce malade fournissent un liquide inoculable à

la cornée d'un lapin neuf, mais avec résultat négatif sur la cornée d'un lapin déjà guéri de la kératite herpétique. F. BALZER.

Hydroa vacciniforme.

Recherches expérimentales sur l'hydroa vacciniforme (Experimentale Untersuchungen bei Hydroa vacciniforme), par H. WARTENSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXL, p. 300.

Il s'agit de deux observations recueillies chez deux frères, remarquables par de l'arthrite des doigts, des altérations onguéales (épaississement), de l'éosinophilie et une porphyrinurie manifeste (pas de porphyrine dans le sérum sanguin).

Arzt et Haussmann ont exprimé l'opinion que l'hématoporphyrine jouait un rôle de sensibilisatrice de la peau à l'action de la lumière.

Les malades de M. n'offraient pas de sensibilité spéciale à l'action des rayons X, non plus qu'au mésothorium. Mais la lumière ultra-violette exerçait une action provocatrice. Celle-ci était au maximum en présence de rayons ultra-violet de moins de $280\ \mu$ de longueur d'onde.

L'action intensive des radiations ultra-violettes est susceptible de faire apparaître sans incubation, soit de l'érythème, soit des efflorescences.

CH. AUDRY.

Hyperkératose.

Sur une dermatose non encore décrite (dysplasie verruciforme de l'épiderme) (Ein Fall einer bisher nicht beschriebenen Hauterkrankung: *Epidermodysplasia verruciformis*), par LEWANDOSKY et W. LUTZ, *Arch. für Dermatologie und Syphilis*, 1922, t. CXLI, p. 193.

Il s'agit d'une maladie ayant débuté dès la naissance d'une femme de 29 ans, sous forme de rougeur et de desquamation. Tout le corps est recouvert de papules plates, polycycliques, squameux, livides, bleuâtres ; il existe une petite tumeur du front à structure carcinomateuse. La structure des efflorescences verruqueuses disséminées est celle d'une hyperkératose pure, ou ailleurs, d'une singulière modification vacuolisante de la couche malpighienne sous les lamelles hyperkératosiques (voir les figures).

S. et L. différencient soigneusement la lésion de celles de la maladie de Darier et de toutes les autres qui peuvent leur être comparées.

CH. AUDRY.

REVUE DES LIVRES ET THÈSES

Réactions anticorps, étude quantitative de la fixation de l'alexine, par MM. Ph. LASSEUR et L. SPILLMAN. Fascicule I. Un vol. de 210 pages, Maloine, éditeur, 1921.

Le problème du mécanisme de la réaction de fixation du complément que beaucoup de sérologistes n'osaient aborder en raison de la variabilité des produits employés, et de la complexité des phénomènes physico-chimiques qui entrent en jeu dans cette réaction, a été envisagé par ces auteurs, comme obéissant à des règles déterminées. Leur savante étude a pour objet de préciser les lois qui régissent ces phénomènes. C'est avant tout un livre de techniciens, qui par la rigueur de l'expérimentation, par le nombre des déterminations, par l'étude approfondie des différents facteurs capables d'influencer la réaction, sera très utile aux sérologistes. L'ouvrage est divisé en deux parties précédées d'une vaste introduction dans laquelle sont exposés rapidement les travaux fondamentaux sur l'adsorption, la coagulation et l'agglutination des colloïdes, ainsi que ceux ayant trait à l'analyse quantitative des réactions anticorps.

La première partie est consacrée à l'étude de la fixation de l'alexine. Ayant indiqué les techniques utilisées, ils montrent que la fixation de l'alexine est une réaction limitée, au moins à partir d'une certaine concentration, que les solutions diluées perdent proportionnellement plus d'alexine que les solutions concentrées, que la concentration dans le complexe fixateur varie moins vite que dans le liquide. Les courbes de leurs expériences leur permettent d'établir les équations représentant la marche du phénomène, aux faibles et aux moyennes, aux faibles et aux fortes concentrations. Les faits observés sont discutés. L'étude de la vitesse de la réaction, l'influence de la température, celle du temps de contact sur la fixation, la variation du pouvoir des suspensions bactériennes avec le temps, la relation entre l'antigène, l'anticorps et l'alexine dans la fixation, tous ces points sont méthodiquement exposés.

La deuxième partie contient l'étude de l'hémolyse par les sérums des animaux préparés. Avec la même rigueur et suivant le même plan, les relations entre l'alexine et la sensibilisatrice, entre la sensibilisatrice libre et la sensibilisatrice fixée, entre la sensibilisatrice et l'antigène dans l'hémolyse, l'alexine ou la sensibilisatrice restant constante sont passées en revue.

Enfin un index bibliographique abondant termine ce premier fascicule, riche de faits et d'expériences.

H. RABEAU.

Traitement de la syphilis héréditaire et de la syphilis infantile acquise, par MM. LACAPÈRE et P. VALLERY-RADOT. Préface du Prof. Hutinel, Maloine, éditeur, 1922.

Ce livre dans lequel les auteurs ont résumé de façon simple et précise la conduite à tenir en présence des divers accidents spécifiques que l'enfant peut présenter, est appelé à rendre de grands services

au praticien. Dans une première partie les diverses médications anti-syphilitiques, leurs modes d'administration, leur posologie, leurs incidents ou accidents sont étudiés, ainsi que les guides dans l'application du traitement. La question des doses de composés arsenicaux ou mercuriels suivant l'âge et le poids de l'enfant est très clairement exposée.

Dans la deuxième partie essentiellement clinique, L. et V.-R. montrent les règles qui doivent présider à l'emploi de ces médicaments. Pour rendre leur démonstration plus évidente, ils choisissent des exemples et à propos de chacun indiquent la durée et l'intensité des cures, leur fréquence, l'importance des périodes de repos. Mais avant de traiter, il faut, si l'on peut, prévenir, et les auteurs dans un premier chapitre, traitent de la prophylaxie et de l'hérédo-syphilis, des conditions d'admissibilité au mariage, du traitement de la syphilis pendant la grossesse. Ils indiquent les principes de diététique et d'hygiène indispensables dans la syphilis infantile. Le traitement de la syphilis infantile, et celui des manifestations locales de la syphilis héréditaire sont longuement étudiés. Enfin, un dernier chapitre a trait à l'avenir de l'hérédo-syphilitique.

Ce livre, essentiellement clair et pratique, répondait à un besoin et aidera à mener à bien le traitement souvent difficile de la syphilis héréditaire et de la syphilis infantile acquise. H. RABEAU.

Jubilé du Prof. Majocchi (XVII^e Riunione della Soc. ital. di Derm. Sif. juin 1920).

Le volume qui contient les procès-verbaux de cette session de la Société italienne de Dermatologie et de Syphiligraphie est dédié au professeur Domenico Majocchi, avec son portrait, à l'occasion de la quarantième année de son enseignement (1880-1920). De nombreux souscripteurs ont répondu à l'appel du Comité organisateur de la cérémonie du jubilé qui a été célébrée avec un grand éclat le 6 juin 1920 dans l'aula de l'Université de Bologne où a eu lieu la remise de la médaille d'or offerte au professeur Majocchi. Des discours ont été prononcés par les professeurs Pantoni, Ducrey, Fiocco, Maggiosa, Pasini, Pini, Pelagatti, par l'étudiant Luzzi Fedeli, auxquels le professeur Majocchi a répondu par une exposition magistrale des progrès de la dermato-syphiligraphie qui se sont accomplis durant sa carrière et auxquels il a participé lui-même si efficacement. Après avoir fait ses études à Rome, M. Majocchi fut d'abord nommé après concours à la chaire de dermatosyphiligraphie de Parme, en 1880. Il y resta 11 ans, puis en 1891, par un vote unanime, il fut appelé à Bologne par la Faculté pour succéder dans la même chaire au professeur Gamberini et l'on peut dire qu'il a encore contribué à illustrer cette chaire par son enseignement et par ses travaux. Parmi ses nombreuses publications doivent être mentionnées ses recherches en anatomie pathologique, sur les dermatoses parasitaires et tout particulièrement ses études sur le Granulome trichophytique, sur l'Ichtyose linéaire *hystrix*, et sur le *Purpura annularis* téléangiectodes, affec-

tions qu'il a découvertes, et auxquelles son nom demeure attaché de telle sorte qu'elles perpétueront sa juste renommée dans la dermatologie mondiale.

F. BALZER.

La Dermatologie en clientèle, « l'indispensable en Dermatologie », par M. H. GOUGEROT. Troisième édition, 1922, Maloine, éditeur.

Le rapide épuisement des deux premières éditions dit assez le succès de ce livre qui, par sa présentation et son exposé didactiques, la place importante donnée à la thérapeutique, l'abondance des illustrations en noir et en couleur justifie cet accueil.

Dans la troisième édition qui vient de paraître se retrouve le soin constant de ne rien omettre des acquisitions récentes ; aussi le volume est-il augmenté de chapitres traitant des phénomènes de choc de Vidal en dermatologie, des virus filtrants herpéticoencéphalitiques, du traitement de la gale par le naphtol et la créoline, de la tuberculinothérapie, de la chimiothérapie antituberculeuse par les sulfates de terres rares, du traitement de la lèpre par les dérivés des acides chaulmogriques, etc.

Cet ouvrage qui n'est pas un traité, ainsi que le dit l'auteur, sera bien, pour le praticien, le guide utile et souvent consulté.

H. RABEAU.

La syphilis dans l'Uruguay (La sífilis en el Uruguay), par MAY. Broch., Montevideo, 1921, avec figures.

La première partie de cet ouvrage est consacrée à des statistiques. L'auteur admet la possibilité de la guérison radicale si le traitement est commencé avec les arsenicaux à une date aussi rapprochée que possible de l'infection. Pourtant il rapporte deux cas de réinfection survenus alors que dans la première infection le traitement n'avait été commencé qu'au moment de la roséole. Avec A. Prunell, il a expérimenté la séroréaction *in situ* avec les liquides exsudés par l'accident initial de la syphilis et la trouve là plus intense que dans le sérum sanguin ; cette séroréaction locale est utile dans les cas où la recherche des spirochètes est négative dans le chancre. Leurs recherches sur ce sujet ont coïncidé avec celles de Klauder et Kolmer (*The J. of the Am. Ass.*, août 1921) ; ces derniers auteurs ont obtenu ainsi constamment une séroréaction positive, et ce moyen peut servir à faire distinguer le chancre syphilitique d'autres lésions pouvant le simuler, May et Prunell ont expérimenté cette méthode dans 24 cas de ce genre : dans ces cas, il y en eut 1 avec tréponème et réaction Wassermann négative, 4 avec tréponème et réaction Wassermann positive, et 1 sans tréponème avec Wassermann positive. En somme, la séroréaction locale a permis de diagnostiquer la syphilis dans 9 p. 100 des chancres cliniquement simples ; elle a confirmé le diagnostic de chancre syphilitique pour des chancres dans lesquels on ne constatait pas de tréponème. May signale aussi dans son travail deux cas de phagédénisme chancrelleux, l'un datant de 4 ans, l'autre d'un an, guéris, par les

injections d'un auto-vaccin polyvalent préparé par Claveaux avec les microbes de la flore de l'ulcère et avec ceux de l'intestin des malades.

F. BALZER.

Manuel d'urologie, y compris les maladies sexuelles de l'homme (Lehrbuch der Urologie, mit Einschluss der Männlichen). *Sexualerkrankungen*), par L. CASPER, 3^e édition. Berlin, 1921, Urban et Swarzenberg, éd.

Manuel clair, élémentaire, qui offre l'avantage de mettre le lecteur français au courant de la pratique allemande, celle-ci ne différant du reste pas notablement des autres. Les méthodes d'examen direct sont particulièrement utilisées.

Nombreuses figures bien intelligibles.

CH. AUDRY.

Les maladies dites vénériennes, par P. RAVAUT (un volume, Paris, 1922). Collection Armand Colin, éditeur, Paris. Prix : 5 francs.

Dans un avant-propos le Prof. Roux fait ressortir que le but de ce petit livre est d'instruire le grand public des dangers qu'il court en s'exposant aux maladies, dites vénériennes souvent bien à tort, car trop souvent elles devraient être appelées maladies des innocents, tant est grand le nombre de femmes et d'enfants qui en sont atteints sans l'avoir mérité. La prophylaxie qui recommande avant tout la continence n'a certes pas tort, mais ses exhortations sont loin d'être un frein suffisant. Aux exhortations il faut joindre l'instruction et dans ce but faire concourir la morale et la science. C'est ce que M. Ravaut vient préconiser dans cet ouvrage qui s'adresse à la fois aux jeunes gens et à ceux qui ont la direction de la jeunesse. Ce n'est pas, dit-il, au moment où le malheur est arrivé qu'il faut le déplorer, surtout lorsqu'il eût pu être évitable par l'instruction plus répandue : les statistiques montrent la diminution considérable de ces maladies dans des milieux où l'on s'est donné la peine de faire de la prophylaxie morale et individuelle. Il importe avant tout que le public soit prévenu, d'abord pour éviter les infections, et ensuite pour s'empresser de les soigner, si elles sont contractées, de façon qu'elles ne soient plus un danger pour autrui et même qu'elles puissent être guéries chez l'individu atteint, ou au moins que leur nocivité soit chez lui réduite à un minimum compatible avec une existence normale.

Bien que ces maladies soient essentiellement différentes, elles présentent surtout pour le public, des points communs dans leurs modes de contagion, leur évolution, leur diagnostic, leur prophylaxie, etc... Cette considération a dicté à M. Ravaut le plan de son livre et au lieu de suivre l'ordre classique qui est de les décrire les unes après les autres, il a fait des chapitres généraux dans lesquels il expose les traits communs et les particularités de chacune d'elles. Ces chapitres sont les suivants : étude des parasites, microbes pour la syphilis et la blennorrhagie, protozoaire pour la syphilis, leur évolution dans l'organisme ; les conditions d'infection ; la période d'incubation ; les signes cliniques, évolution et complications ; les signes humoraux ; la guérison des maladies vénériennes, la procréation et le mariage ; le diagnostic ;

la défense contre les maladies vénériennes; le traitement; les maladies vénériennes accessoires. Bien que ces chapitres soient brefs ils contiennent cependant les notions essentielles de la vénéréologie et leur lecture peut être profitable non seulement au grand public, mais aussi au public médical, car il trouvera là un résumé fidèle des acquisitions scientifiques les plus récentes. On remarquera que M. Ravaut divise la syphilis en périodes : 1^o de l'accident primitif isolé; 2^o période septicémique; 3^o période des accidents limités ou circonscrits. Il discute avec rigueur les réactions biologiques dans lesquelles le public croit trouver des indications presque mathématiques. Dans les conclusions de cet excellent petit livre M. Ravaut met en relief les notions fondamentales qu'il faut graver dans les esprits : les maladies dites vénériennes n'ont pas toujours une origine sexuelle et elles sont bien à tort qualifiées de honteuses, car personne n'en est à l'abri; les germes peuvent avoir dans l'organisme une vie latente prolongée et rester transmissibles; l'individu atteint doit consulter son médecin le plus tôt possible, car il peut espérer encore l'abortion de l'infection et au moins son atténuation très marquée; la syphilis, maladie chronique, exige souvent des traitements longs pouvant durer des années, mais si le malade est traité à temps et convenablement, il n'aura pas à désespérer, tous les accidents disparaîtront et il pourra se marier, avoir des enfants sains, et ne jamais présenter des traces de sa maladie.

F. BALZER.

Diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc ganglionnaire [Diagnostico precoz de la sífilis (Investigación ultramicroscópica del treponema pallidum en el jugo ganglionar)], par E. G. LAURA. *Thèse de Santiago de Chile*, 1920.

Dans les cas douteux, dans ceux où la localisation du chancre rend l'examen difficile ou impossible, lorsqu'une cicatrisation est déjà survenue, la recherche du spirochète dans le suc ganglionnaire peut servir à trancher le diagnostic.

PELLIER.

Le Silbersalvarsan dans la syphilis secondaire (El Silbersalvarsan en la sífilis secundaria), par J. ARIS. *Thèse de Santiago de Chile*, 1921.

Le Silbersalvarsan est un médicament de maniement facile, applicable au traitement ambulatoire et qui fait rapidement disparaître les accidents. Il est soluble à la dose de 1 centigramme par centimètre cube d'eau. Son action sur le Wassermann est rapide mais semble peu durable. On peut utiliser simultanément les autres médications antisiphilitiques.

PELLIER.

Maladie de Darier. Revue critique à propos de deux cas nouveaux, par E. COHEN-HADRIA, *Thèse Lyon*, 1922.

Dans cette thèse inspirée par M. Nicolas, l'auteur s'efforce de présenter une revue critique de tous les faits relatifs publiés à cette affection.

Au point de vue étiologique la nature héréditaire d'un certain nombre de cas paraît bien démontrée.

La réaction de Wassermann est fréquemment positive (3 fois sur 5) sans qu'on puisse invoquer une syphilis antérieure.

Dans un chapitre important de diagnostic, l'auteur fait la critique des observations douteuses et signale la difficulté du diagnostic avec certains cas d'acanthosis nigricans, d'ichtyose fœtale, de kératose folliculaire.

La partie histologique, inspirée par M. Favre, confirme les travaux magistraux de Darier : la déviation de la kératinisation aboutit à la formation de corps ronds, de fissures intra-épidermiques, de grains, etc. Les lésions ne sont nullement folliculaires.

La nature de cette affection est encore inconnue. L'auteur passe en revue toutes les hypothèses pathogéniques qui sont toutes inexactes ou insuffisamment démontrées.

JEAN LACASSAGNE.

Les accidents cutanés des arsénobenzènes, par le Dr A. BOUTEILLIER.
Thèse de Paris, 1920, Librairie Arnette.

C'est une tâche ardue que l'étude des manifestations cutanées des arsénobenzènes, tant elles sont variées. La rareté des mélanoses et kératoses, la plus grande fréquence des érythrodermies exfoliantes les différencie des éruptions arsenicales proprement dites. Certes, on peut observer des éruptions vésiculeuses (herpès, zona), des éruptions bulleuses, des éruptions pustuleuses; plus rarement des éruptions purpuriques, mais les manifestations les plus redoutables sont les érythèmes et les érythrodermies. Les érythèmes passagers sont bénins mais ils peuvent être le point de départ d'érythrodermies, d'évolution parfois mortelle, souvent longues, de pronostic toujours réservé. B. fait une longue étude de ces érythrodermies exfoliantes apportant les observations des malades qu'il a eu l'occasion de suivre, et résumant celles qu'il a pu recueillir, fournissant ainsi des documents fort utiles. Ces accidents restent encore de pathogénie obscure. Laissant de côté les théories infectieuses et anaphylactiques, l'auteur les attribue plus volontiers à une intolérance du sujet, favorisée dans certain cas par une toxicité spéciale du produit injecté. L'arsénobenzol devra être rejeté définitivement toutes les fois qu'on aura constaté une érythrodermie ou un purpura. L'érythème commandera la prudence et la suspension du traitement arsenical.

H. RABEAU.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

)
e
c
e
k
a
e
n
s
.
es,
et
es
ut
is
ns
es
at
s,
rs
es
e,
u-
e.
ur
ns
ol
ne
ce